

Päivi Hytönen

IÄKKÄÄN KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYVYN
JA OMAISHOITAJAN JAKSAMISEN TUKEMINEN
KOTIKONSEPTIN AVULLA

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
2015



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

IÄKKÄÄN KUNTOUTUJAN TOIMINTAKYVYN JA OMAISHOITAJAN JAKSAMISEN TUKEMINEN KOTIKONSEPTIN AVULLA

Hytönen, Päivi

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma

Elokuu 2015

Ohjaaja: Leppänen, Erja, Lehtori

Sivumäärä: 50

Liitteitä: 1

Asiasanat: iäkäs kuntoutuja, toimintakyky, omaishoitaja ja kotikonsepti

Vantaan lyhytaikaishoidon yksikköjen Simonkylän vanhustenkeskuksen ja Myyrinkodin kehittämiskohteena oli, kuntoutujan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen. Opinnäytetyö oli kehittämistehtävä, jossa luotiin kotikonseptimalli kuntoutujien kotona asumisen tueksi. Kotikonsepti on ennakoivan kotikäynnin malli, johon sisältyi asiakaslähtöisen kuntoutussuunnitelman laatiminen omaishoitoperheen kokonaistilanne huomioiden.

Tavoitteena oli kotikonseptin avulla kartoittaa kuntoutujan todelliset voimavarat ja tarpeet, jotta osataan kuntoutusjakson aikana suunnata paremmin kotona asumista tukevat toiminnot kuntoutujalle sekä näin tukea omaishoitajan jaksamista. Kotikonseptistä tehtiin pilotti, joka toteutettiin kotikäyntinä omaishoitoperheiden luokse. Tutkimusmenetelmäksi kotikäynnille valittiin omaishoitoperheiden havainnointi ja haastattelu avoimin kysymyksin.

Kotikonseptissa avulla selvitettiin, mitkä tekijät tukevat ja/tai heikentävät kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista. Kotikonsepti sisälsi kuntoutujan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä elintapojen, terveyden ja taloudellisen tilanteen arvioinnin. Lisäksi kotikonseptissa arvioitiin myös omaishoitajan jaksamista sekä apuvälineiden ja kotiympäristön merkitystä kuntoutujan toimintakyvyn tukemisen ja omaishoitajan jaksamisen näkökulmasta. Saatujen tietojen perusteella arvioitiin kuntoutujan ja omaishoitajan ensisijaisin/ensisijaisimmat palvelutarpeet.

Teoreettisessa osassa käsiteltiin iäkkään kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamisen tukemista kotikonseptin avulla. Tutkimustulokset osoittivat että kotikonsepti selkiyttää LAH-yksikön henkilöstön toimintaa kuntoutujan kuntouttamisessa koti- ja LAH-jaksoilla. Kotikonsepti tukee kuntoutujan toimintakyvyn säilymistä ja / tai paranemista. Kotikonsepti auttaa myös saamaan selville omaishoitajan jaksamista tukevia toimintoja, joita voidaan moniammatillisesti vahvistaa.

THE SUPPORT OF ELDERLY REHABILITÉE'S FUNCTION ABILITY AND WELL- BEING OF THE FAMILY CARE TAKER WITH THE HELP OF HOME CONSEPT.

Hytönen, Päivi

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling and Planning

August 2015

Supervisor: Leppänen, Erja, Senior Lecturer

Number of pages: 50

Appendices: 1

Key words: elderly rehabilitee, functional ability, family care taker and home consept

The target of development of the units of Simonkylä's elderly people center and Myyrinkoti elderly people home for temporal nursing was to support the rehabilitee and his/her family care taker. This thesis was a development assignment in order to create the so called Home consept to contribute rehabilitee's daily life in home. The home consept is a model for proactive house visits by the personel from elderly people facilities and it included client oriented approach when creating the rehabilitation plan, and also takes into account the situation of the care taker family in its entirety.

With the help of the Home consept the goal was to survey the recourses and the needs of the rehabilitee so that the procedures that support the life at home can be directed better to the client and also to the care taker family. The Home consept was piloted and tested as home visits to the houses of the care taker families. Interview and observation with open questions were used as research methods during the house visits.

In the theoretical part of the research the functionality of the client and the well-being of the care taker family were observed and the operability of home consept. The research showed that the home consept makes units' work easier in terms of client's rehabilitation during home and temporal nursing periods. Home consept supports the preservation and/or improvement of rehabilitee's functional abilities and helps to find out the supporting factors for the family care taker.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 GEROMETRO JA MALLINTAMINEN	7
2.1 GeroMetro	7
2.2 Mallintaminen	7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
4 OMAISYHTEISTYÖ	10
4.1 Kuntoutuja.....	10
4.2 Omaishoito	11
5 TOIMINTAKYKY JA SEN MÄÄRITELMÄT	12
5.1 Toimintakyky	12
5.2 Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.....	13
6 KUNTOUTTAVA TYÖOTE LAH-YKSIKÖSSÄ JA RAI-MITTARI.....	15
6.1 Kuntouttava työote	15
6.2 Kuntouttava työote LAH-yksiköissä.....	16
6.3 RAI Screener – mittari	17
7 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI.....	18
7.1 Omaishoitajan lähiverkoston, etuuksien ja tukimuotojen merkitys	19
8 APUVÄLINEET JA ASUNNON MUUTOSTYÖT	21
8.1 Apuvälineet	21
8.2 Asunnon muutostyöt ja niiden korvaaminen.....	22
9 PALVELUMUOTOILU JA KOTIKONSEPTI.....	23
9.1 Palvelumuotoilu	23
9.2 Kotikonsepti	23
10 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	25
10.1 Toiminnallinen tutkimus	25
10.2 Opinnäytetyön eteneminen ja suunnitelman muuttaminen	25
10.3 IKÄ-Palon malli	26
11 KOTIKONSEPTIN PILOTOINTI.....	26
12 AINEISTON ANALYSOINTI	29
13 OMAISHOITOPERHE 1	30
13.1 Omaishoitoperhe 1 yhteenveto kokonaistilanteesta	30
13.2 Omaishoitoperhe 1 arjen toimintoja heikentävät tekijät	32
13.3 Omaishoitoperheen 1 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi.....	32
14 OMAISHOITOPERHE 2.....	33
14.1 Omaishoitoperhe 2 yhteenveto kokonaistilanteesta	33

14.2 Omaishoitoperhe 2 arjen toimintoja heikentävät tekijät	34
14.3 Omaishoitoperhe 2 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi.....	35
15 OMAISHOITOPERHE 3.....	36
15.1 Omaishoitoperhe 3 yhteenveto kokonaistilanteesta	36
15.2 Omaishoitoperhe 3 arjen toimintoja heikentävät tekijät	37
15.3 Omaishoitoperhe 3 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi.....	38
16 TULOKSET	39
17 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	42
18 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	44
19 POHDINTA	46
LÄHTEET.....	48
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Pääkaupunkiseudun kunnilla Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen on yhteinen vanhustyön kehittämisverkosto GeroMetro. Vantaan Hoiva-asumispalvelujen Simonkylän vanhustenkeskuksen Hoiva 1 ja Myyrinkodin osasto 3 lyhytaikaishoidon yksikköjen kehittämiskohteena on, omaishoidettavan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen. Omaishoitoperheeseen kuuluvat omaishoidettava/kuntoutuja ja omaishoitaja. Lyhytaikaishoidon lyhenne on LAH ja sen asiakkaat ovat kuntoutujia. Aikaisemmin kuntoutujan kotiin ei tehty kotikäyntiä ennen LAH-jaksolle tulemista ja kuntoutujan toiminnan kuvaus jäi omaishoitajan antaman tiedon varaan. Toisinaan kävi niin, että omaishoitajalta jäi kertomatta jotain olennaista, jolla oli merkitystä kuntoutujan toimintakyvyn kannalta. Opinnäytetyö on kehittämistehtävä, joka on kotikonseptin luominen kuntoutujien kotona asumisen tueksi. Kotikonsepti on ennakoivan kotikäynnin malli, johon sisältyy asiakaslähtöisen kuntoutussuunnitelman laatiminen omaishoitoperheen kokonaistilanne huomioiden. Tavoitteena on kotikonseptin avulla kartoittaa kuntoutujan todelliset voimavarat ja tarpeet, jotta osataan suunnata paremmin kotona asumista tukevat toiminnot kuntoutujalle ja myös omaishoitajan jaksamisen tueksi. Kotikonsepti kuvaa omaishoitoperheen LAH- ja kotijaksojen välillä tapahtuvaa toimintaa. Kotikonseptin toteutuksesta vastaa LAH-yksikön henkilöstö ja asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijä. Kotikonseptista toteutetaan pilotti ja sen toimivuutta tutkitaan touko-kesäkuun aikana kotikäynnillä, avoimin kysymyksiin haastattelu- ja havainnointimenetelmällä. Kerätty aineisto analysoidaan tapauksina omaishoitoperheittäin ja teematyypisesti aineiston sisältöjä tarkastellen.

2 GEROMETRO JA MALLINTAMINEN

2.1 GeroMetro

Pääkaupunkiseudun kuntien Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen yhteinen vanhus-työn kehittämisverkosto on nimeltään GeroMetro. Kehittämistyötä koordinoivat Soccan (pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus) erikoissuunnittelija ja koulutussuunnittelija, jotka työskentelevät tiiviissä yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäjäyksiköiden ja kehittäjäryhmien kanssa. GeroMetron tarkoituksena on yhtenäistää kehittämistyötä, joka lisää työn tulosten näkymistä ikäihmisten hyvinvoinnin lisääntymisenä arjen tasolla. Kehittämisteema ”Muistisairaana ikäihmisen kotona asumisen tukeminen” ajoittuu vuosille 2014 - 2015. Työskentelyn aikana jokainen kehittäjäyksikkö tai kehittäjäryhmä valitsee oman konkreettisen kehittämis- ja tutkimustehtävän tarpeidensa mukaisesti. Lähtökohtana on henkilöstön käytännön työn kautta tapahtuva vertaisoppiminen ja – kehittäminen, joka perustuu laajaan, jatkuvaan kehittämis- ja tutkimustoimintaan. Verkoston tavoitteina ovat muun muassa yhteinen foorumi vanhuspalvelujen kehittämiseksi, toimivat toiminta- ja palvelumallit ikäihmisen hyvinvoinnin edistämiseksi, jakaa ja hyödyntää tietoa erilaisista muualla tehdyistä kehittämistöistä. Tavoitteena on myös henkilöstön jatkuva kehittäminen ja työssä oppiminen, ikäihmisten mukaan ottaminen palvelunkäyttäjinä sekä uuden tutkitun tiedon hyödyntäminen käytännössä. Lisäksi vuoropuhelun edistäminen käytännön työn, alan opiskelijoiden ja tutkimusten välillä. (GeroMetro, 2015, 1-3.)

2.2 Mallintaminen

Haasteena omaishoidon tukipäätöksen saaneiden omaishoitoperheiden osalta on ollut LAH-yksikössä, miten tukea kuntoutujan toimintakykyä kotona ja LAH-yksikössä niin, että se tukee myös omaishoitajan jaksamista. Toiminnan kehittämisen tarve on noussut omaishoitoperheille tehdyistä Nina Linjan pro-gradun kyselyistä. Tuloksista ilmeni muun muassa, että lyhytaikaishoidolla on tärkeä merkitys omaishoitajan jaksamisen tukemisessa. Omaishoitajat toivoivat myös parempaa yhteistyötä ja tiedon

kulkua henkilökunnan ja omaishoitajien välillä. (Linja 2013, 35–36.) Tämä opinnäytetyö on kotikonseptin mallintaminen, joka on tarkoitettu LAH-yksikköön tuleville kuntoutujille. Kotikonseptin tarkoituksena on selkiyttää LAH-yksikön henkilöstön toimintaa kotiympäristössä ja LAH-yksikössä. Sen avulla on tarkoitus saada asiakaslähtöistä kattavaa tietoa kuntoutujan voimavaroista, voimavarojen säilymisestä, sekä lisätä kuntoutujan kykyä elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään omaishoitajan tukemana. Kotikonseptin yhtenä tärkeimpänä osana laaditaan kuntoutussuunnitelma. Kotikonsepti kuvaa omaishoitoperheen siirtymistä LAH- ja kotijaksojen välillä ja sen yhteydessä tapahtuvaa toimintaa, josta vastaavat LAH-yksikön henkilöstö ja asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijä kuntoutujan ja omaishoitajan kanssa yhteistyössä toimien. Työelämän ohjaajana toimii Hoiva-asumisen palveluista projektipäällikkö Piia Sneck. Kotikonseptista oli toukokuussa 2015 kaksi saman sisältöistä koulutusta, jotka mahdollistivat koko henkilöstön kouluttamisen. Kehittämistoimenpiteet esiteltiin omaishoitajille ja kuntoutujille omaisten illassa toukokuun alussa 2015. Kesäkuun aikana käynnistettiin pilotti ja testattiin kotikonseptin toimivuutta uusilla omaishoitoperheillä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoituksena on luoda kuntoutusyksiköihin kotikonseptimalli, jonka pohjalta toteutetaan jatkossa kotikäyntejä omaishoitoperheisiin. Ennakoivan kotikäynnin avulla on tarkoitus saada haastattelun ja havainnoimisen avulla kokonaisvaltaisempaa tietoa kuntoutujasta ja omaishoitajasta. Tavoitteena on lisätä LAH-yksikön henkilöstölle tietoa omaishoitoperheen hyvinvoinnin tukemiseksi. Kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä kuntoutujan ja hänen läheisensä kanssa kotona mahdollistaa kattavamman ja yksilöllisemmän suunnitelman. Kotikonseptin avulla kuntoutujan todelliset voimavarat ja tarpeet saadaan kartoitettua paremmin sekä voidaan havaita että suunnata todelliset kotona asumista tukevat toiminnat. Saadun tiedon kerääminen ja käsitteleminen on asiakaslähtöistä ja tukee koko omaishoitoperheen jaksamista sekä kuntoutujan kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Kuntoutujien tuleminen osastolle tai lähteminen kotiin tapahtuu päivittäin LAH-yksikössä pääsääntöisesti kello 12–14. Keskimäärin kotiin lähteviä kuntoutujia on 3–8 henkilöä ja LAH-yksikköön tulevia on 3–8 henkilöä. Lähtevien ja tulevien kuntoutujien vaihto ajoittuu osittain lounasruokailun yhteyteen. Haasteena tilanteessa on lyhyt aika, kuntoutujien tulo- tai lähtötilanne kestää noin 10–20 minuuttia. Tapahtumana vaihtotilanne on usein levoton, kiireinen ja keskittyy arjen välttämättömiin toimintoihin hoitajan ja omaishoitajan välillä. Tiedotus koskee lähinnä lääkkeitä ja sitä, miten jakso on mennyt, mitä vaatteita on mukana ja niin edelleen. Tärkeää asiaa on paljon. Pääpaino on ollut kuntoutujaan liittyvissä hoitojakson asioissa. Omaishoitoperheen kokonaistilanne jää usein huomiotta, kuten kuntoutujan kuntouttavan hoitotyön jatkuvuus sekä omaishoitajan jaksamisen tukeminen. (Hytönen 2015.)

Aikaisemmin LAH-osastolta ei tehty kotikäyntiä kuntoutujan kotiin ennen LAH-jakson alkamista. Kuntoutuksen suuntaaminen LAH-jaksoilla koettiin toisinaan haastavaksi, koska tarkkaa tietoa siitä, mitä kotijaksoilla tapahtuu? ei ollut. Henkilökunnalla ei ole ollut myöskään tietoa, tukeeko vai heikentääkö kotiympäristö tai joku muu tekijä kuntoutujan toimintakykyä? Kuntoutujan kuntoutussuunnitelman tekeminen LAH-yksikössä jäi omaishoitajan antaman tiedon ja muistin varaan. Toisinaan omaishoitajalta jäi jotain olennaista kertomatta, millä oli selkeä yhteys kuntoutujan toimintakykyyn tai omaishoitajan jaksamiseen. Apuvälineiden ja asunnonmuutostöiden osalta selvitys oli tapahtunut jo asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijän omaishoidontuen arvioinnin yhteydessä ja he olivat tiedottaneet asiasta avoterveydenhuoltoon. Apuvälineiden hankintavaiheesta, käytön opastuksesta ja asunnon muutostöiden etenemisestä ei kuitenkaan ollut tarkkaa tietoa asiakasohjausyksikön vastuutekijällä eikä LAH-yksikön henkilöstöllä. (LAH-yksiköiden henkilökohtainen tiedonanto 14.3.2015).

Tutkimuskysymykset

- 1 Miten Kotikonsepti selkiyttää LAH-yksikön henkilöstön toimintaa kuntoutujan kuntouttamisessa koti- ja LAH-jaksoilla?
2. Miten Kotikonsepti tukee kuntoutujan toimintakyvyn säilymistä ja / tai paranemista?
- 3 Millä tavalla kotikonsepti auttaa saamaan selville omaishoitajan jaksamista tukevia toimintoja?

4 OMAISYHTEISTYÖ

”Ikääntyneiden palveluissa hoitamisen ja siihen liittyvän omaisyhteistyön keskeisin tavoite on vanhuksen hyvä elämä” (Omaisena edelleen www-sivut 2015). Omaisyhteistyö on omaisten ja ammattihenkilöstön välistä yhteistyötä, joka tukee asiakas- ja perhelähtöisyyttä hoidon ja hoivan kokonaisuudessa. Yhteistyö ja sen kehittäminen vahvistavat asiakas- ja perhelähtöistä toimintatavan toteutumista hoidossa. Lähiomaisten merkitys on tärkeä osa iäkkään henkilön hyvinvoinnin tukemisessa. Vanhuspalveluissa tehdään monia päätöksiä hoidon ja hoivan suhteen, siksi asiakkaan ja hänen omaistensa osallistuminen päätöksentekoprosessiin on tärkeää.

Omaisyhteistyö tukee asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kuulluksi tulemisen kokemusta ja vahvistaa luottamuksellista hoitosuhdetta. Tärkeintä omaisyhteistyössä on luottamuksellisen suhteen rakentaminen ja turvallisuuden tunteeseen vastaaminen muun muassa vanhusten parissa muutos- ja siirtymävaiheissa. Ikääntymisen ja/tai terveydentilan heikkeneminen lisäävät turvattomuuden tunnetta muutostilanteissa ja siirryttäessä omasta kodista hoitokodin tai tehostetun palveluasumisen piiriin. Tarvitaan yhteistyötä, joka vahvistaa turvallisuuden tunnetta ja vähentää stressitilanteen kokemista. (Omaisena edelleen www-sivut 2015.)

4.1 Kuntoutuja

Kuntoutujaksi määritellään henkilö, jolle on lain mukaan järjestettävä kuntoutuspalveluita ja korvattava kuntoutuspalveluja (Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005, 1 luku, 3§). Vilkkumaa (2011) määrittelee kuntoutujan seuraavalla tavalla, ”Kuntoutuja” ei ole erityinen rooli vaan se kuvaa tietynlaisten palvelujen piirissä olevaa ihmistä, joka saa ja käyttää palveluja. Vastavasti Järvikoski ja Härkäpää (2011, 182) toteavat että kuntoutuja-nimike on yleistynyt 2000-luvulla ja se tarkoittaa kuntoutuspalvelujen käyttäjää. He korostavat, että kuntoutujan rooli koetaan tärkeäksi kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisessa.

Vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksessa ikääntynyt määritellään vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi henkilöksi 63+. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan

henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän, lisääntyneiden, pahentuneiden sairauksien tai vammojen taikka ikärappeuman vuoksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1 luku, 3§.)

4.2 Omaishoito

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitoa kotona. Omaishoitaja on hoidettavalle omainen tai joku muu läheinen henkilö, joka tekee omaishoitosopimuksen kunnan kanssa. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 2 §.) Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry:n mukaan omaishoitaja on henkilö, joka huolehtii perheenjäsenestä tai muusta läheisestä ja tukee omaishoidettavan arjessa toimimista sairauden tai erity shoivan tarpeen vuoksi. (Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry www-sivut 2015.) Salomaa (2007, 5) tarkoittaa iäkkäällä puoliso- omaishoitajalla yli 65-vuotiasta henkilöä, joka huolehtii läheisen päivittäisestä selviytymisestä. Hoidettava on omaishoitajalle joko avio- tai avopuoliso.

Omaishoidon tukilain tarkoituksena on edesauttaa asianmukaisen hoidon saaminen omaishoidettavalle ja taata riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen. Omaishoidon tuki tarkoittaa omaishoitajalle myönnettävää hoitopalkkiota, vapaata sekä omaishoitoa tukevia palveluja. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 1§ ja 2 §.) Omaishoidon tukisopimus sisältää hoidon keston (toistaiseksi, määräaikainen), omaishoitajien vapaapäivät, niiden järjestämisen ja palkkion suuruuden sekä kaikki hoidettavan kohdalla tapahtuneet muutokset, jotka liittyvät omaishoitajuuteen. Omaishoidon tukisopimuksen lisäksi laaditaan yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 7§ ja 8§.) Omaishoitajalla on oikeus vähintään kolmen vuorokauden vapaaseen kalenterikuukaudessa, jos omaisen hoidon sidonnaisuus on ympärivuorokautista tai päivittäin jatkuvaa. Hoito katsotaan ympärivuorokautisesti sidonnaiseksi, vaikka hoidettava olisi säännöllisesti osan vuorokaudesta kodin ulkopuolella tapahtuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoissa esimerkiksi kuntoutuksessa. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 4 §.)

Vantaalla omaishoidon tuki on jaettu kolmeen (1-3) hoitoryhmään. Vantaan ylimääräinen kolmas hoitoryhmä on tarkoitettu ympärivuorokautista ja sairaalatasoista hoitoa ja hoivaa korvaaviin sekä pääsääntöisesti määräaikaiksiin erityistilanteisiin. Hoidettavat sijoittuvat hoitoryhmiin samojen asiakaskriteerien perusteella, mitä on käytössä kotihoidossa, palveluasumisessa sekä ympärivuorokautisessa hoidossa. Lakisääteinen vapaapäiväoikeus on kaksi ja kolme hoitoryhmiin kuuluvilla asiakkailla. Ryhmässä yksi vapaapäiväoikeus on mahdollista perustelluista syistä, josta sovitaan hoito - ja palvelusuunnitelmassa. Omaishoidon tuen vapaapäiviä järjestetään päivätoiminnassa, lyhytaikaisessa hoidossa, perhehoidossa, sijaishoitajan toimeksiantosopimuksella hoidettavan kotona sekä palvelusetelillä tehostettuun asumispalveluun tai kotiin ostettavaan palveluun. (Vantaan omaishoidon tuen myöntämisperusteet 2013, 6-8, 10.)

5 TOIMINTAKYKY JA SEN MÄÄRITELMÄT

5.1 Toimintakyky

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (2012, 68) toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäistä arjen tehtävistä omassa elinympäristössään ja tuntea tyytyväisyyttä tekemisistään. Härkäpää ja Järvikoski (2011, 92) määrittelevät toimintakyvyn myös päivittäisistä elämään liittyvistä tehtävistä suoriutumiseksi eritellen toiminnan kotona, työssä ja vapaa-ajalla tapahtuvaan toimintakykyyn. He toteavat, että toimintakyvyn määritelmät vaihtelevat sen mukaisesti mistä näkökulmasta tai tieteenalasta toimintakykyä tarkastellaan. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa -tiedotteessa (2006, 4) todetaan, että toimintakyky on käsitteenä laaja ja se liittyy aina ihmisen hyvinvointiin. Yleisin tapa luokitella toimintakykyä on terveyden tai sairauden näkökulmasta. Toimintakykyä voi määritellä myös voimavaroalähtöisesti jäljellä olevana toimintakykenä tai toiminnan vajeina.

Tietoja väestön toimintakyvystä tarvitaan terveyden ja hyvinvoinnin säilymiseksi ja parantamiseksi, jotta terveyden- ja sosiaalihuollon voimavarat voidaan suunnata paremmin. Lisäksi tietoa tarvitaan väestön toimintakyvyn seurantaan ja kehittämisen avuksi. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 119.) Härkäpää ja Järvikoski (2011, 92) mainitsevat, että toimintakyvyn arviointi on perusta kuntoutuksen tulosten arvioinnille ja että sen lisäksi tarvitaan toimintakyvyn ja sen osa-alueiden selvittämistä yhdessä kuntoutujan kanssa.

International Classification of Functioning, Disability and Health- on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF 2014, 3). ICF:n yksiportainen luokitus kattaa kaikki kehon toiminnot, ruumiin rakenteen, suoritukset ja osallistumisen sekä ympäristötekijät (ICF 2014, 29–30). Koskinen ym. (2012, 119) toteavat, että toimintakykyä ei luokitella vain ihmisen ominaispiirteeksi, sillä siihen liittyvät myös ympäristö myönteisine ja/ tai kielteisine vaikutuksineen sekä apuvälineiden tuoma apu.

5.2 Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky

Yleisin tapa on tarkastella toimintakykyä kolmesta näkökulmasta: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92; Koskinen ym. 2012, 119). Fyysinen toimintakyky on lihasten ja liikkeiden hallinnan kykyä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92). Vastaavasti Koskinen ym. (2012, 119) määrittelevät fyysiseen toimintakykyyn kuuluvaksi liikkumiskyvyn, lihasvoiman, tasapainon, hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan ja aistitoiminnoista näön sekä kuulon. Tikkanen (2015, 5) mainitsee lihasvoiman ja liikkumiskyvyn lisäksi fyysiseen toimintakykyyn kuuluvan myös liikunta-aktiivisuuden. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan myös kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, Activities Daily of Living (ADL). Näihin kuuluvat esimerkiksi syöminen, juominen, nukkuminen, itsestä ja hygieniasta huolehtiminen ja liikkuminen. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat myös välinetoiminnot, Instrumental Activities of Daily Living (IADL) eli asioiden hoitaminen, kotias-kareet, asioiminen kodin ulkopuolella ja terveydentila sekä erilaiset toiminnan vaje- vuudet. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006,4)

Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee, mikä johtaa toisinaan kaatumisiin. Kaatumisen taustalla on usein kaatumiselle altistavia monia tekijöitä ja niiden yhteisvaikutus. Iäkkään tasapainon säätelykyky on heikentynyt ja hän voi kaatua kävellessään tasaisella. Iän myötä toiminnot heikkenevät ja hidastunut kävely kertoo tasapainovaikeuksista. Kaatumiselle altistavia tekijöitä ovat muun muassa alaraajojen heikentynyt lihasvoima, polvi- ja lonkkanivel-kulumat, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, korkea ikä ja aivohalvauksen jälkitila joilla on merkittävä vaikutus tasapainon säilyttämisessä. (Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008, 7-11.) Fyysinen harjoittelu ehkäisee kaatumisia riippumatta harjoituksen laadusta. Jos toimintakyvyn heikentyminen on pitkälle edennyt, heikkenee myös mahdollisuus vähentää kaatumisalttiutta fyysisin harjoittein. Kävelyn apuvälineiden on todettu ehkäisevän kaatumisalttiutta. Iäkkäille sopivaa fyysistä harjoittelua on kuntosaliharjoittelu ja sen on todettu parantavan lihasvoimaa aloittelijoilla jo kerran viikossa toteutetussa harjoittelussa. Harjoittelua voi toteuttaa laitoksessa kuntosalilla ja kotona vastusharjoittelulla painomansetein, vapain painoin tai vastuskuminauhalla. (Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008, 20–23.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan määritellä mielialan, persoonallisuuden ja elämänhallinnan sekä psyykkisten voimavarojen näkökulmasta. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014.) Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollon tiedotteessa (2006, 4) mainitaan psyykkisen toimintakyvyn osalta elämänhallinnan, voimavarojen ja mielialan lisäksi, tyytyväisyys, psyykkinen hyvinvointi, haasteista selviytyminen ja itsearvostus. Psyykkinen toimintakyky käsittää tunteisiin liittyviä aihealueita joihin kuuluvat psyykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. (Koskinen ym. 2012, 119.) Psyykkisen toimintakyvyn alaryhmään kuuluu mieliala ja kognitiivisen toimintakyvyn alaryhmään ymmärretyksi tuleminen. (RAI Screener Oulu 2012, 4-7.) Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa myös kognitiivista ajatteluun, muistiin ja oppimiseen liittyvää toimintaa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92). Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Lisäksi kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa muun muassa arjessa suoriutumista, toiminnan ohjausta, hahmottamista ja ongelman ratkaisukykyä. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014.)

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä toimia vuorovaikutuksessa läheisissä suhteissa ja erilaisissa yhteisöissä. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät myös avun ja tuen saaminen, antaminen, osallistuminen, verkostot, luottamus ja vastavuoroisuus sekä useista arkitoiminnoista suoriutuminen. (Koskinen ym. 2012, 119.) Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollon tiedotteessa (2006, 4) todetaan sosiaalisen toimintakyvyn olevan sujuvia sosiaalisia suhteita, mielekästä elämää ja vastuuta läheisistä. Se on myös harrastamista yksin tai toisten kanssa kotona ja kodin ulkopuolella. Sosiaalisen toimintakyvyn mainitaan olevan myös kykyä toimia ja osallistua vuorovaikutuksessa toisten ihmisten, yhteisöjen ja yhteiskunnan tasolla siinä ympäristössä missä kukin asuu, elää tai toimii. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014)

6 KUNTOUTTTAVA TYÖOTE LAH-YKSIKÖSSÄ JA RAI-MITTARI

6.1 Kuntouttava työote

Kuntouttavan työotteen ajatellaan olevan usein erillinen toiminta, jonka päävastuu on fysioterapeuteilla ja ulkoiluttajilla. Toisinaan kuntotuttava työote ymmärretään arkiaskareisiin liittyväksi, esimerkiksi pöydän kattamiseksi tai ruoan valmistamiseksi. Kuntouttava työote on kuitenkin kaikki ikääntyvien parissa tapahtuva toiminta, joka tukee kuntoutujan omatoimista tekemistä. Asioita tehdään yhdessä, mutta ei kuitenkaan hänen puolestaan. Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa sekä ikäihmisten hoitoa koskevissa laatusuosituksissa hoidon ja hoivan tulee perustua kaikkien toimijoiden kuntoutumista edistävään työotteeseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 1 luku 1 §.)

Kuntoutuksen tavoitteena on vajaatoimintakykyisen, vammaisen tai sairaan henkilön toimintakyvyn edistäminen. Tarkoitus on vahvistaa itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja osallistumismahdollisuuksia. (Sosiaali- ja terveystalvvelut 2015.) Kuntoutusta koskevien lakien tehtävänä on tukea vaikuttavaa kuntoutumisprosessia, jossa kuntoutuja huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Intervention kohteena ei ole vain kun-

toutuja, vaan se edellyttää kuntoutuksessa opitun soveltamista päivittäisiin toimintoihin ja arjen ympäristöön. Lisäksi kuntoutuksesta vastaavien on tehtävä yhteistyötä myös ulkopuolisten toimijoiden kanssa. (Autti-Rämö & Komulainen 2013, 452-3.)

6.2 Kuntouttava työote LAH-yksiköissä

Simonkylän vanhustenkeskuksen Hoiva 1 on 22-paikkainen (+ 2 kriisipaikkaa) LAH-yksikkö, joka sijaitsee Itä-Vantaalla. Myyrinkoti 3 LAH-yksikkö on 25-paikkainen (3 kriisipaikkaa) ja sijaitsee Länsi-Vantaalla Myyrinkodissa. Kummankin LAH-yksikön kuntoutajat ovat pääosin Alzheimer tai jonkun muun muistisairausdiagnoosin saaneita henkilöitä. Kuntoutuksen tarve on yksilöllinen, sillä muistisairaus etenee jokaisen kohdalla yksilöllisesti.

Hoiva-asumisen palvelujen kuntouttavan lyhytaikaishoidon käsikirjan toimintamallissa kuvataan, että lyhytaikaishoittoon erikoistuneella LAH-yksiköllä on yhteiset tavoitteet, sisältö ja yhteinen tapa tehdä työtä. Toiminta on näyttöön perustuvaa toimintakykyä edistävää, jossa toteutetaan kuntoutumista ylläpitävää työtettä asiakaslähtöisesti. Yhteistyö on tiivistä muiden LAH-yksikön kuntoutujien hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Kaikilla on yhteiset tavoitteet, näkemys toteutuksesta kotihoitossa ja ympärivuorokautisessa hoivassa. Perhehoitotyöpainotteinen toiminta korostuu, sillä kuntoutuja ja omaishoitaja muodostavat omaishoitoperheen. LAH-yksikössä on jatkuva seuranta ja arviointi kaikessa kuntoutujaan liittyvässä toiminnassa. LAH-yksikön henkilökunnan toimintatapoja ohjaa kuntoutuksellinen työote. Kuntoutujan tukeminen LAH-yksikössä on osittain yli ammattiryhmien tapahtuvaa toimintaa, jota tehdään yhdessä. Lisäksi kuntoutujalla on tarvittaessa mahdollisuus saada puheterapeutin, psykiatrin, ravitsemusterapeutin ja tulkkipalveluja tarvittaessa. (Hoiva-asumispalvelujen kuntouttavan lyhytaikaishoidon käsikirja 2013, 6-7.)

LAH-yksikössä kirjataan päivittäin jokaisesta kuntoutujasta toteutetut toiminnot jokaisella työvuorolla. Kerran viikossa on kuntoutuskokous, jossa vuorossa oleva LAH-yksikön henkilöstö arvioi ja kirjaa kuntoutujan toimintakyvyn ja kuntoutumisen vaiheen. RAI-arviointi tehdään LAH-jakson päättyessä, tarvittaessa toimintakyvyn muutoksissa ja kuuden kuukauden välein. Hoitajien tehtäviin kuuluvat kuntoutu-

jan perushoito, kuntoutuspainotteinen omatoimisuuden tukeminen ja vahvistaminen. Toimintaterapeutti ohjaa ja tukee kuntoutujan toimintoja esimerkiksi pukemisessa, ruokailemisessa ja itsestä huolehtimisessa. Lisäksi hänen osaamisensa liittyy kuntoutujan kognitiivisten ja sosiaalisen taitojen vahvistamiseen. Fysioterapeutin osaaminen kohdistuu kuntoutujan fyysisen liikkumisen ja siirtymisten vaiheisiin sekä tasapainoa vahvistaviin toimintoihin. (Hoiva-asumispalvelujen Simonkylän vanhustenkeskuksen Hoiva 1 ja Myyrinkodin osasto 3 lyhytaikaishoidon yksiköiden henkilökohtainen tiedonanto 2.3–9.4.2015.)

6.3 RAI Screener – mittari

RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen, tutkijaryhmän kehittämä järjestelmä. Se on standardoitu kattava menetelmä, joka mittaa ikääntyneen toimintakykyä, terveydentilaa ja hyvinvointia. RAI-arviointeja tekevät yleensä moniammatilliset ryhmät. Tiedot RAI- järjestelmään kerätään kuntoutujalta, omaisilta, potilasasiakirjoista ja muilta hoitoon osallistuvilta ammattihenkilöiltä. (Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n www-sivut 2015.)

LAH-yksikössä käytetään RAI Screener Oulu Mittarikäsikirjaa. RAI Screener Oulu mittari sisältää päivittäisten perustoimintojen ja välinetoimintojen arviointiasteikon lisäksi useita muita arviointiasteikkoja. Perustoimintoihin ADL (Activities of Daily Living) kuuluvat liikkuminen kotona (sängyssä), siirtyminen, pukeutuminen, syöminen, hygieniasta huolehtiminen ja wc:n käyttö. Välinetoimintojen IADL (Instrumental Activities of Daily Living) arviointiasteikkoon kuuluvat aterioiden valmistus, kotiaskareet, raha-asioiden ja lääkityksen hoitaminen sekä ostoksilla käynti ja kuluvälineiden ja puhelimen käyttö. Edellisten lisäksi RAI-mittarikäsikirjaan kuuluvat kaatumisen terveydentilan, itsenäisen selviytymisen, kognitiivisen (ymmärretyksi tuleminen), masennuksen, kivun, painoindeksin ja ravitsemustilan arviointiasteikot. Näiden lisäksi siinä on myös useita psykiatrisia lisäkysymyksiä sisältävä arviointiasteikko. RAI- mittarikäsikirja sisältää myös hoidon ja palvelutarpeen arviointiasteikon, johon liittyy laitoshoidon arviointiasteikko. (RAI Screener Oulu 3-22, 2012.)

RAI Screener OULU- mittarissa on muun muassa hoidon ja palvelutarpeen asteikko joka on Method for Assigning Priority Levels (MAPLe). Asteikossa arvioidaan kuntoutujan palveluntarvetta muun tiedon kanssa, kuten aiempien sairaalahoitojen määrä, koettu terveys, ja läheisten tarpeet. Arviointiasteikko sisältää muun muassa päivittäiset perustoiminnot, käyttäytymisen oireet ja kognitiiviset toiminnot. Lisäksi siinä arvioidaan kodin ja ympäristön turvallisuus, haavaumat ja lääkityksen ja muut muutujat kuten kaatuilu ja ravinnon saantiongelmat. (RAI Screener Oulu 9, 2012.)

7 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman hyvä toimintakyky iäkkäälle väestölle ja taata laadukkaat sekä vaikuttavat palvelut. Osa laatusuosituksista kohdistuu väestö- ja osa yksilötasolle. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi 2013, 10.) Palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakykyä monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012, 3 luku, 15§). Elintavoilla, muun muassa tupakoinnilla ja alkoholilla on tärkeä merkitys terveyteen ja kansantautien ehkäisyyn. (Suomalaisen aikuisväestön terveystalouksista ja terveys 2014.) Alkoholinkäytön on todettu lisääntyneen 65–69-vuotiailla miehillä. Tupakoinnin osalta eläkeikäisistä miehistä tupakoi päivittäin kahdeksan prosenttia vuonna 2013. (Eläkeikäisen väestön terveystalouksista ja terveys 2013.)

Omaishoidon arviointimittaristo sisältää, fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin lisäksi omaishoitajan hoidon kuormittumisen arvioinnin. Omaishoitomittari sisältää muun muassa kysymyksiä läheisiltä saadusta avus-

ta tai tuesta ja siitä, miten omaishoitaja jaksaa ja miten hän kokee oman terveytensä sekä voiko hän jakaa jonkun kanssa arjen asioita. (Omaishoitomittari 2011, 6-7.)

Kunnan tehtävänä on nimetä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä, jos hän tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijä seuraa yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaistensa, läheistensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa palvelusuunnitelman toteutumista ja ikääntyneen henkilön palvelutarpeiden muutoksia. Lisäksi vastuutyöntekijä on tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen muihin tahoihin iäkkään palvelutarpeisiin liittyen, neuvoen ja auttaen palvelujen ja etuuksien saantiin liittyvissä asioissa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista 980/2012, luku 4, 17§.)

7.1 Omaishoitajan lähiverkoston, etuuksien ja tukimuotojen merkitys

Yksinäisyyden kokemisella ja turvattomuuden tunteella on havaittu olevan selvä yhteys tuen ja avun saamiseen. Ne näyttävät sisältyvän kuulluksi tulemisen kokemiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Avulla ja tuella tässä yhteydessä tarkoitetaan toisen ihmisen antamaa apua ja tukea. (Vilkko, Muuri & Finne-Soveri 2010, 54.) Kaivosoja (2014, 75) tutki omaishoitajien saamaa läheisapua läheisiltä ja ystäviltä. Tutkija selvitti, millaisia läheisverkostoja omaishoitajilla on? Minkälaista apua ja/ tai tukea he läheisverkostoilta saivat? Kokivatko he sen riittäväksi? Ja tarvitsivatko he konkreettista tai henkistä apua/ tukea lisää? Hän päätyi erottamaan erikseen konkreettisen avun kuten kaupassa käynnin, pienet korjaustyöt ja henkisen tuen, johon kuului keskustelu. Analysoinnissa hän totesi näiden kahden tuen eriyttämisen olleen hyvä ratkaisu, sillä vastausten eroja olisi ollut vaikea muuten löytää. Tutkija pyysi omaishoitajia listaamaan puolison lisäksi läheisimmät ihmiset (ystävät, sukulaiset, perheenjäsenet) tärkeysjärjestykseen. Tutkija päätyi lomakkeen sijasta haastatteluun osan tutkittavien kohdalla. Haastattelun avulla hän sai selville useita sellaisia asioita, joita ei olisi saanut lomakkeen täyttämisen yhteydessä. Analyysissä tutkija teki läheisverkostosta taulukon, josta hän vertaili yhteneväisyyksiä ja eroja, annetun avun määrää ja laatua. Taulukosta ilmeni haastateltavan ikä, taloudessa asuvien henkilöiden luku-

määrä, avioparin yhteiset lapset (myös lapset aiemmista liitoista), perheenjäsenet, sukulaiset, muut läheiset ja ystävät. Taulukossa arviointiasteikossa olivat numerot 1-5, numero yksi tarkoitti vähäisintä ja numero viisi suurinta henkistä ja/ tai konkreettisen avun määrää viikossa. Numerointiarvo oli tutkijan oma arvio haastatellun kertomuksen perusteella ja sen tarkoitus oli toimia tukena haastateltavien läheissuhteiden analysoinnissa. (Kaivosoja 2014,76.) Päiväkirjan kirjoittaminen on kuulunut jo vuosituhansia yhtenä tapana ilmaista itseä ja tunteita. Kirjoittaminen auttaa usein ajatusten, tunteiden ja tekojen selkiyttämässä. Kirjoittamisen on todettu laajentavan kokemuksia ja tuovan sisältöä elämään. Omien ajatusten ja tunteiden kirjoittamisen on todettu olevan hyvin terapeutista. (Pietiläinen 2009). Tapio (2004, 50) tutki väitöskirjassaan omaisilta ja puoliso-omaishoitajilta omaistensa hoitokokemuksia haastateltujen ja kirjoitettujen kertomusten avulla. Tutkimusaineistoon kuuluvat hoidettavat sairastivat erilaisia dementoivia sairauksia kuten Alzheimeria. Kertomus ohjeistettiin määrättyillä teemoilla ja se pyydettiin kirjoittamaan omasanaisesti.

Kehitettäessä palvelujärjestelmää iäkkään tarpeita vastaavaksi korostuu ennakoivan toiminnan merkitys. Fyysisten mitattavissa olevien tarpeiden lisäksi nousee esiin iäkkään henkilön oma kokemus omista tarpeista, avun ja palveluiden oikea-aikaisuus, saatavilla olevat palvelut sekä iäkkään halu ottaa vastaan palvelujärjestelmän tarjoama apu. (Vilkkö, Muuri, Finne-Soveri 2010, 54.) Tiedetään, että inhimillisen kärsimyksen lisäksi omaishoitajan uupumisella on myös taloudellisia seuraamuksia, mikä näkyy muun muassa omaishoitajan toimintakyvyn heikkenemisenä (Salonen 2010, 170). Kaivosojan (2014, 42 - 43) mukaan omaishoitajat kokivat yhtenä merkittävänä tekijänä puutteellisen tiedon etuuksista ja tuista. Kunnallisten tahojen jakama tieto erilaista etuuksista ja tukimuodoista ja niiden määristä esiintyi usean haastateltavan kertomuksessa. Yksi haastateltava oli saanut tietoa riittävästi tukimuodoista ja etuuksista. Vastaavasti kolme kolmestatoista haastateltavasta ei osannut sanoa mielipidettään. Kolmestatoista omaishoitajasta yhdeksän koki kuitenkin tiedon määrän ja laadun puutteelliseksi.

8 APUVÄLINEET JA ASUNNON MUUTOSTYÖT

8.1 Apuvälineet

Arjen apuvälineitä on monenlaisia, mutta ne ovat usein maallikolle tuntemattomia, eikä niitä osata hakea. Apuvälinetarve voi yllättää kenet tahansa, jos toimintakyky heikkenee yhtäkkisesti. Tietoa apuvälineistä tarvitsevat ikäihmisten lisäksi myös omaiset sekä ikäihmisten hoivatyössä toimivat henkilöt. Monet apuvälineistä ovat saavutettavissa vain erikoisliikkeistä tai internetin kautta. (Reisbacka & Rytönen 2014, 5.) Terveyskeskuksen apuvälinelainaamon kautta ilmaiseksi saataviin perusapuvälineisiin lukeutuvat liikkumista helpottavat ja päivittäisten toimintojen apuvälineet. Apuvälinetarpeen voi myös todeta kuka tahansa läheinen, omainen, asiakas itse tai sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä. Apuvälineen todellinen tarve arvioidaan vielä apuvälinelainaamossa, jossa sen käyttö sovitetaan ja ohjataan. Lisäksi apuvälineiden huolto- ja korjaustoimenpiteet kuuluvat apuvälinelainaamon alaisuuteen. (Vantaan kaupungin www-sivut 2015.)

Kunnan on korvattava vaikeavammaiselle henkilölle asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta hänelle aiheutuvat kohtuulliset kustannukset, jos hän vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee näitä toimenpiteitä suoriutuakseen päivittäisistä arjen toiminnoista. Päivittäisten toimintojen välineistä, laitteista ja koneista korvataan puolet ja niihin tehtävät muutostyöt korvataan kokonaan. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä tukitoimista ja palveluista 380/1987, 9§.) Vammaiselle henkilölle korvataan, ei lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvät välineet, koneet ja laitteet, jotka auttavat liikkumisessa, viestinnässä tai suoriutumisessa kotona ja vapaa-ajalla. (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987, luku 3, 17 §.)

8.2 Asunnon muutostyöt ja niiden korvaaminen

Vanhoja asuntoja remontoitaessa tulisi painottaa niiden pitkäikäistä käytettävyyttä. Tiedetään, että vanha asuntokanta on yleensä esteellistä ja siksi remontin yhteydessä tulisi tilojen muunneltavuutta tarkastella toiminnan ja esteettömyyden kannalta. (Reisbacka & Rytönen 2014, 5.) Korvauksen piiriin kuuluvia vakituisen asunnon muutostöitä ovat kuntoutujan vamman tai sairauden vuoksi suoritettavat välttämättömät rakennustyöt. Niitä ovat ovien leventäminen, luiskien rakentaminen, kylpyhuoneen, wc:n, vesijohdon asentaminen, kiinteiden kalusteiden, rakennus- ja sisustusmateriaalien muuttaminen. Asunnon muutostyöhön kuuluvat myös suunnittelu ja esteiden poistaminen asunnon välittömästä lähiympäristöstä. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/198, luku 2, 12 §.)

Asunnonmuutostyötä arvioitaessa selvitetään onnistuuko kuntoutuja selviytymään nykyisessä asunnossa ja onko mahdollista tehdä vamman/sairauden mukaisia muutoksia. Lisäksi selvitetään onko kuntoutujalla korvattu asunnon muutostöitä nykyiseen asuntoon aikaisemmin. Kaikkiin kiinteistön tiloihin ei tarvitse järjestää esteetöntä pääsyä. Asunnonmuutostöistä laskussa on määritelty kohtuulliset kustannukset ja niiden ylimenevä osuus, joka jää asiakkaan korvattavaksi. Asiakas ei voi valita muutostyön toteuttamistapaa ja korvaus myönnetään edullisimman toteuttamisvaihtoehdon mukaisesti.

Asunnon muutostöiden tarpeellisuudesta ja välttämättömyydestä kuntoutuja tarvitsee lausunnon toimintaterapeutilta, kuntoutusohjaajalta ja fysioterapeutilta. Tarvittaessa myös lääkäri antaa lausunnon asunnon muutostöistä ja näkövammaisten osalta Helsingin Uudenmaan sairaalan (HUS) näöntutkijat valaistusmuutostöissä. Vammaispalveluiden viranhaltija tekee päätöksen muutostyön korvaamisesta asiantuntijalausuntojen ja erilaisten selvitysten perusteella sekä avustaa myös asunnon muutostöiden hakemisessa. Asunnonmuutostyöstä tehdään kirjalliset sopimukset ja lopputarkastukset, jotka rakentaminen edellyttää. Niissä tulee näkyä myös, että asiakas on työn tilaaja. Asiakas itse vastaa muutostöiden valvonnasta. Pienimuotoisiin muutostöihin on vammaisilla ja iäkkäillä henkilöillä mahdollisuus saada tukea sosiaalihuoltolain nojalla, josta on erilliset ohjeet. Lisäksi on mahdollisuus saada korjausavustusta Vantaan kaupungin asuntotoimelta. (Vantaan vammaispalveluohje 2014, 17–19.)

9 PALVELUMUOTOILU JA KOTIKONSEPTI

9.1 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu on prosessin kuvaus alusta loppuun. Se voi olla jonkin tuotteen tekeminen vaihe vaiheelta huomioiden vahvat ja heikot kohdat erityisesti todentaen rajapinnat, joissa saattaa ilmetä ongelmia. Palvelumuotoilu voi olla myös jonkin palvelun osan kuvaus tai asiakkaan palvelupolun kuvaus. Miettinen on todennut kolumnissaan seuraavaa: Palvelumuotoilu on usein työntekijöiden ja asiakkaiden inhimillisen käyttäytymisen seuraamista. Usein palvelun tuottaminen tapahtuu vuorovaikutustilanteissa, jossa on palvelun tarjoaja ja asiakas. Siksi on tärkeää ymmärtää asiakkaan käyttäytymistä, sillä se luo pohjan palvelun onnistumiselle tai epäonnistumiselle. (Miettinen 2015.) Palvelumuotoilun menetelmien avulla kehitetään toimintaa. Palvelumuotoilu on menetelmä, jonka avulla tutustutaan asiakkaiden, henkilökunnan tai omaisten arkeen ja kerätään heidän kokemuksiaan. Se tarkoittaa asiakkaiden kokonaisvaltaisen kokemuksen selvittämistä saamastaan palvelusta. Aineiston perusteella nousee esille keskeiset kehittämiskohteet tai uusien palveluiden luominen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2013.) Palvelumuotoilun pohjana on ymmärtää asiakasta kokonaisvaltaisesti, jonka pohjalta uusia palveluja voidaan tuottaa ja siksi tarvitaan käyttäjiltä saatua tietoa. Tiedon keräämisessä ja hyödyntämisessä käytetään erilaisia palvelumuotoilun menetelmiä. (Miettinen, Raulo & Ruuska 2011, 13.)

9.2 Kotikonsepti

Kuntoutujan toimintakyvyn parantaminen tai säilyminen on tärkeää myös kotijaksolla. Kuntoutujalle ja omaishoitajalle tiedon jakaminen sairaudesta, sen etenemisestä ja erityispiirteistä tukee kuntoutujan toimintakykyä kotona. Riittävä ohjaus ja neuvonta fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavissa tilanteissa sekä hoidollisissa toiminnoissa tukevat omaishoitajan jaksamista. Omaishoitoperheen tukemisen perusajatuksena on, että kotiympäristössä on jo tehty kaikki tarvittavat ympäristöön liittyvät muutostyöt kohtuullisen ajan sisällä tarpeen selvityksestä ja apuvälineet olisivat käyttöön otettavissa mahdollisimman nopeasti, asiantuntijan ohjaamana. Ennen ensimmäiselle LAH-jaksolle tulemista kuntoutujan kotiin tehdään ennakoiva asiakaskäynti LAH-

yksiköstä. LAH-yksikkö arvioi moniammatillisesti asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijän tietojen perusteella lähteekö omahoitajan mukaan toimintaterapeutti, fysioterapeutti tai molemmat, kotihoidon työntekijä tai joku muu. Kotikäynnillä on tarkoitus omaishoitoperheen kanssa keskustellen kerätä heiltä tietoa ja arvioida kokonaisvaltaisesti kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista kotiympäristössä. Kotikäynnin aikana aloitetaan kuntoutujan hoito- kuntoutussuunnitelman tekeminen, jota täydennetään LAH- jakson aikana. Kotikäynnillä selvitetään, ovatko tarvittavat apuvälineet tulossa tai tulleet? osataanko niitä käyttää? ja onko asunnonmuutostyöt suunnittelu- vai toteutusvaiheessa. Lisäksi kartoitetaan kotiin tarvittavien tukipalvelujen tarve ja määrä.

Kotikonseptin (Liite 1). avulla on tarkoitus saada tietoa kotikäynnin aikana, mitkä tekijät tukevat ja mitkä heikentävät kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista. Kotikonseptiin sisältyvät tutkittavat asiat ovat kuntoutujan fyysinen, psyykinen (sisältyy kognitiivinen toimintakyky) ja sosiaalinen toimintakyky, elintavat, terveys ja talous, apuvälineet ja kotiympäristö. Kuntoutujan toimintakykyä tutkimalla selviää kuntoutujan palvelujen tarve. Kuntoutujan toimintaan arjessa vaikuttavat suoraan tai välillisesti myös omaishoitajan voimavarat ja niitä tukevat tai heikentävät tekijät. Omaishoitajan jaksamista ja palvelutarvetta arvioidaan kysymyksillä; mitkä tekijät tukevat tai heikentävät arjessa toimimista ja jaksamista? ja onko läheisverkostolta mahdollisuus saada apua tarvittaessa?

Jatkossa omaishoitoperheen palvelutarpeen arviointia varten omaishoitajaa ohjataan kirjamaan paperille (päiväkirja, kirje, ranskalaisin viivoin) niitä asioita, jotka ovat tukeneet tai heikentäneet arjessa toimimista. Päiväkirjan kirjoittamisen etuna on se, että tunteet tulevat vahvemmin esille (Pietiläinen 2009). Toisena vaihtoehtona on kirjeen kirjoittaminen, jonka etuna on, että se kuvaa tarkemmin ja totuudenmukaisesti erilaisia tapahtumia ja tunteita. (Tapio 2004, 50.) LAH-jaksolle tullessa kuntoutuja tuo mukanaan omaishoitajan kirjoitelman. Omahoitaja yhdessä LAH-yksikön muun henkilöstön kanssa analysoi kirjoitelman sisällön. Omahoitaja tiedottaa esille nousevista tarpeista asiakasohjausyksikön vastuuhoidajalle, joka käynnistää tarvittavat tukitoimet ja on yhteydessä omaishoitajaan sekä LAH-yksikköön. Omaishoitajalle kerrotaan myös, että hän voi äkillisissä neuvoa/ ohjausta tai tukea vaativissa asioissa soittaa LAH-yksikköön, joka tiedottaa asiakasohjausyksikön vastuuhenkilöä.

10 TUTKIMUSMENETELMÄT

10.1 Toiminnallinen tutkimus

Opinnäytetyö on toiminnallinen kvalitatiivinen tapaustutkimus. Aineisto kerätään kotikäynnillä (strukturoimaton) haastattelun ja havainnoinnin avulla avoimin kysymyksin, vapaasti keskustellen. Kotikäynnillä kartoitetaan kuntoutujan ja omaishoitajan toimintaa arjessa. Tutkittaviksi valikoituvat kaikki iäkkäät omaishoitoperheet, jotka tulevat ensimmäistä kertaa LAH-jaksolle. Pilotin toteuttaminen tapahtuu touko-kesäkuun aikana LAH-yksikön henkilöstön kanssa. Aineisto käsitellään tapauksina omaishoitoperhekohtaisesti. Aineisto litteroidaan auki valikoidusti eri teemojen ja niiden alaryhmien mukaisesti. Työelämän toivomuksesta nauhoitusta ja tietokonetta ei käytetä, sillä se häiritsee vuorovaikutustilannetta ja luottamuksen rakentamista omaishoitoperheen ja LAH-yksikön henkilöstön välillä. Riskinä tutkimuksessa on, että sen luottamus heikentyy, jos vastaajia on pilotissa alle 10, sillä uusia omaishoidon tuen piiriin tulevia asiakkaita saattaa olla viikon aikana 1-3. Vastaavasti aineiston käsitteleminen vaikeutuu ja pilotti pitkittyy ajallisesti, jos omaishoitoperheitä on yli 30 touko-kesäkuun aikana.

10.2 Opinnäytetyön eteneminen ja suunnitelman muuttaminen

Opinnäytetyön kaikki vaiheet tapahtuivat hyvin nopeassa ajassa. Helmi-maaliskuun aikana oli aihe selvillä ja tapaaminen työelämän Simonkylän vanhustenkeskuksessa ylihoitaja Nina Linjan ja Hoiva-asumisen palvelujen yksikön osastonhoitaja Paula Loukosen kanssa. Aiheen ideointi, kirjoittaminen ja lähteiden etsiminen tapahtui myös helmi-maaliskuussa. Aiheekseni valikoitui omaishoitajan jaksamisen tukeminen. Aihe muuttui työelämän toiveesta niin että painotus on kuntoutujan toimintakyvyn tukemisessa, joka tukee omaishoitajan jaksamista. Maaliskuun alussa työelämän opinnäytetyön ohjaajaksi tuli projektipäällikkö Piia Sneck. Maaliskuun aikana tekstiä oli runsaasti ja opinnäytetyön eteneminen selkiytyi ideaseminaarissa. Huhtikuun aikana opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja kotikonseptimalli valmistuivat. Touko-kuun 21 päivään mennessä teoriapohjan osuus ja kotikonseptin kysymykset olivat valmiita. Ennen toukokuun viimeistä viikkoa tuli muutos kotikonseptin tarkennusky-

symyksien osalta. Työelämän toivomuksesta ne vaihdettiin aikaisemmin IKÄ-Palo-hankkeessa tehtyyn kuvasarjaan jonka pohjalta avoimet kysymykset tehtäisiin. Syynä vaihtoon oli, että asiakaskäynnille varattua aikaa on yksi tunti ja että kuvasarja yksinkertaistaa ja helpottaa kuntoutujan arjen toimintojen hahmottamista. Pilotin alkamisaika siirtyi myöhäisemmäksi, alkaen kesäkuun puolenvälin jälkeen. Kotikäynnit alkoivat heinäkuun alussa.

10.3 IKÄ-Palon malli

IKÄ- Palo oli hanke, jossa ikääntyvien palveluohjausta ja neuvontaa on kehitetty sen pohjalta 2014 alkaen Vantaalla. Seniorineuvonta, neuvonta- ja palveluohjausyksikkö perustettiin IKÄ-Palon hankkeen tulosten perusteella ja sen tärkein tavoite on tukea kotona asumista ja selviytymistä. IKÄ-Palon lomake sisältää erilaisia arjen toimintoja, osittain kirjoitettuna tekstinä ja kuvaryhminä. IKÄ-Palon mallissa on fyysisen toimintakyvyn perustoimintojen (ADL) ryhmään kuuluvat, ruoka, peseytyminen, pukeutuminen, uni ja wc:n käyttäminen sekä liikkuminen ja kaatumiset. Fyysisen toimintakyvyn välinetoimintoihin (IADL) ryhmään kuuluvat, kotitaloustyöt, lääkkeistä huolehtiminen, kulkuvälineillä kulkeminen ja uusi teknologia (matkapuhelimen ja tietokoneen käyttäminen). Lisäksi IKÄ-Palon mallissa on kuvattuna raha-asioiden hoitaminen ja talous. IKÄ-Palon mallissa on psyykinen toimintakyky ja sen alaryhmä mieliala sekä sosiaalinen toimintakyky ja siihen kuuluvat harrastaminen ja ihmissuhteet. IKÄ-Palon mallissa on kuvana vaaka/voimavaramittari miinus- ja plus merkkeineen, jossa selvitetään kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista tukevia ja heikentäviä tekijöitä. IKÄ-Palon malli sisältää terveyden ja elintapojen sekä apuvälineiden ja koti-ympäristön kartoittamisen. (Ikääntyville kehitetään parempaa neuvontaa ja palveluohjausta 2014.)

11 KOTIKONSEPTIN PILOTOINTI

Kotikonseptin pilotointi oli suunniteltu alkavaksi toukokuun viimeisellä viikolla jatkuen kesäkuun ajan. Pilotointi viivästyi, sillä uusia LAH-jaksolle tulevia asiakkaita

ei tullut suunnitelman mukaisesti. Pilotointi toteutettiin 1.7- 13.7.2015. Projektipäällikkö ja LAH-yksikön osastonhoitajat päättivät, että pilotointi koskisi myös jo yhdellä LAH-jaksolla olleita, joita tutkimukseen tuli 1/3 kuntoutujasta. Asiakaskäyntejä oli sovittu neljän kuntoutujan luokse, joista yksi peruuntui sairaalaan joutumisen vuoksi. Kotikäyntiin kulunut aika kolmen kuntoutujan luona oli 45, 60 ja 120 minuuttia. Tutkittavat kuntoutujat olivat kaikki miehiä ja heidän ikänsä vaihteli 60–90 ikävuo- den välillä. Jokaisen kuntoutujan omaishoitajana oli puoliso.

Kotikäynnillä oli mukana LAH-yksiköstä vaihdellen sairaanhoitaja/ lähihoitaja, fy- sioterapeutti, toimintaterapeutti ja kuntoutuksenohjaaja-opiskelija. Ensimmäisen kun- toutujan kotikäynnillä paikalla olivat hänen puolisonsa lisäksi sairaanhoitaja, fysio- terapeutti, toimintaterapeutti ja kuntoutuksenohjaaja-opiskelija. Toisen kuntoutujan luona olivat puolison lisäksi lähihoitaja, toimintaterapeutti ja kuntoutuksenohjaaja- opiskelija. Kolmannen kuntoutujan ja puolison lisäksi läsnä olivat lähihoitaja, fy- sioterapeutti ja kuntoutuksenohjaaja-opiskelija. Kotikäyntiryhmän toteuttajaksi LAH-osaston osalta oli aina kuntoutujan omahoitaja, fysioterapeutti tai toimintater-apeutti tai molemmat. Kotikäynnin jälkeen oli tavoitteena että kotikäyntiryhmä olisi vielä tehnyt yhteenvedon tärkeimmistä esiin tulleista asioista, mutta saadut aineistot olivat laajoja ja kotikäyntiaika rajallinen.

Kotikäynti tapahtui avoimen haastattelun periaatteella keskustellen ja vapaamuotoi- sin kysymyksiin kuntoutujan kotona. Kysymyksiä ei määritelty, eikä rajattu etukä- teen. Kotikäynnin alussa oli sovittu että toimintaterapeutti tai fysioterapeutti kertoo, että kotikäynnin tarkoituksena on kuntoutujan toimintakyvyn kokonaisvaltainen kar- toittaminen kuntoutussuunnitelmaa varten ja omaishoitajan jaksamisen selvittäminen voimavaroja tukevia ja heikentäviä tekijöitä kartoittaen. Lisäksi kerrottiin, että koti- käynti on pilotti, josta tehdään opinnäytetyö. Ennen kotikäyntiä oli sovittu että kes- kustelua johtaa valtaosin omahoitaja (sairanhoitaja/lähihoitaja) ja muut täydentävät tarpeen mukaan kysellen, jos jokin asia niin edellyttää. Omaishoitoperheet ohjasivat kotikäyntiryhmän aina olohuoneeseen missä keskustelu tapahtui. Keskustelutilanteet olivat rauhallisia, leppoisia ja sujuvia. Kotikäynnillä tietoja kirjasivat omahoitaja ja kuntoutuksenohjaaja-opiskelija käsin kirjoittaen.

Kuntoutujan toimintakyvyn selvityksessä käytettiin IKÄ-Palo-hankkeeseen suunniteltua yhdelle arkille kuvattuja kuvasarjoja arjen toiminnoista. Heti ensimmäisen kotikäynnin aikana huomattiin, että IKÄ-Palon kuvasarjat toimivat lähinnä kysymysten tukirunkoina. Osa toiminnoista antoi toisinaan useampaan kuin yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen kuuluvaa tietoa. Toiminnossa ” kaupassa käyminen” esimerkiksi eräs kuntoutuja toteutti sen kävellen ja päivittäin. Kyseinen toiminto kuvaa ulkoilua ja liikkumista, joka kuuluu perustoimintoihin (ADL) sekä asioimista, joka kuvaa välinetoimintoja (IADL). Osa määrättyistä toiminnoista kartoitettiin tarkemmin, kuten liikkumisen osalta liikkuminen sisällä ja ulkona. Porraskävelystä kysyttiin jos oli selkeästi näkyvä liikkumisen heikkous, eikä käytössä ollut rollaattoria (tarvitsee hissin). Kaupassa/ostoksilla käyminen ja asioiden hoitaminen lisättiin selvitettäviin asioihin, sitä ei ollut IKÄ-Palon mallissa. IKÄ-Palon kuvasarjassa oli tietokoneen ja matkapuhelimen kuva ja alla teksti uusi teknologia. Tietokoneen osalta sen käyttäminen yhdistettiin kysymykseen raha-asioiden hoitaminen tietokoneella tai tietokoneen käyttäminen. Psykkisen toimintakyvyn osalta IKÄ-Palon kuvasarjassa oli mieliala, mutta haastateltavien taustasairaudet ja puheen tuottamisen häiriöt edellyttivät kognitiiviseen toimintakyvyn osan ymmärretyksi tulemisen lisäämistä analyysivaiheessa, minkä vuoksi RAI Screener OULU (2012, 9) mittarin sisältämä kognitiivisen toimintakyvyn ja ymmärretyksi tulemisen arviointiasteikko otettiin teoriaosuuteen.

Kuntoutujan toimintakykyä kuvatessa on siihen yhdistetty myös omaishoitajan antama apu. Palvelutarpeen kartoittamisessa tarkastellaan mitkä tekijät tukevat tai heikentävät kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista ja kuinka paljon niitä esiintyy. Omaishoitoperheen palvelutarvetta kartoitettiin kysymällä, tarvitseeko omaishoitoperhe tällä hetkellä ohjausta, neuvontaa tai jotain apua? Lisäksi kysyttiin onko mahdollista saada lähiverkostolta yhtäkkisissä tilanteissa fyysistä tukea. Lähiverkostojen antamaa tukea ei selvitetty yksityiskohtaisesti. Lähiverkostoa ei myöskään pisteytetty kuten Kaivosoja (2014) teki tutkimuksessaan (ks.19), eli kuka olisi avunantaja, miten paljon ja missä toiminnoissa he olisivat apuna. Kotikäynnillä kysyttiin kuntoutujan ja omaishoitajan toiveita LAH-jaksolle. Omaishoitoperheeltä kysyttiin apuvälineen osalta, onko niitä? ja selvitettiin ovatko ne käytössä? Kotiympäristön osalta havainnoitiin fyysistä rakennettua ympäristöä ja arvioitiin tukeeko vai heikentääkö se kuntoutujan ja omaishoitajan arjen toimintoja.

12 AINEISTON ANALYSOINTI

Omaishoitoperheitä oli kolme, jokaisessa omaishoitoperheessä omaishoidettava/ kuntoutuja oli mies ja omaishoitaja oli nainen. Osalla puolisoista oli eri sukunimi kuin kuntoutujalla, mutta tässä tutkimuksessa ei selvitetty ovatko he avo- vai aviopuolisoi- ta. Kuntoutujien ikä vaihteli 60–90 ikävuoden välillä. Kuntoutujien ikää ei kerrota tarkasti tutkittavien pienen lukumäärän/tietosuojan vuoksi. Samasta syystä kuntoutu- jien asuinpaikaksi mainitaan Vantaa eikä kerrota, onko heidän LAH-jaksopaikkansa Myyrmäessä vai Simonkylässä. Sairauksista ei kysytty erikseen ja kaikkia kuntoutu- jien sairauksia ei ole esitetty. Sairaudet tulivat esille keskustelun yhteydessä muun muassa lääkkeitä ja niiden ottamisesta kysyttäessä. Tietosuojan ja yksityisyyden säilyttämiseksi sairauksista kerrotaan kirjoitetussa tekstissä yleistetyssä muodossa, ei tarkoin diagnoosein.

Aineisto kirjattiin käsin. Kotikäynnin keskusteluita ei ole kirjattu sanatarkasti, mil- loin kuntoutuja ja/tai omaishoitaja vastasivat kysymyksiin tai kun he vastasivat yht- aikaa. Jotta lukija saisi kuvan kuntoutujan ja omaishoitajan kerronnan määrästä tutki- ja arvioi ne prosenttein. Arjen toimintoja ei ole kuvailtu sanatarkasti, vaan jos jokin onnistuu ja on kunnossa, maininta on ainoastaan itsenäisesti tai minkä avun turvin. Jos jokin toiminto nousee selkeästi vahvuutena tai heikkoutena on sitä kuvattu muu- tamin sanoin tai lausein. Kuntoutujat ja omaishoitajat on numeroitu kotikäynnin aika- taulun mukaisesti kronologisesti, siten että kuntoutuja 1 ja omaishoitaja 1 ovat sa- maan omaishoitoperheeseen 1 kuuluvia.

Analyysissa jokaisen omaishoitoperheen kotikäynti kirjoitettiin puhtaaksi tapauskoh- taisesti. Saatu aineisto järjesteltiin jo puhtaaksikirjoittamisvaiheessa eri teemoihin ja niiden alaryhmiin. Kuvatuissa arjen toiminnoissa, käytetään sanallisia kuvauksia millä tavalla jokin esiintyy, harvoin, joskus, toisinaan, ajoittain, päivittäin ja niin edelleen. Pääteemoja olivat toimintakyvyn eri osa-alueet fyysinen, psyykinen (kog- nitiivinen) ja sosiaalinen toimintakyky, kuntoutujan toimintakykyä tukevat ja heiken- tävät tekijät, omaishoitajan jaksamista tukevat ja heikentävä tekijät ja palvelutarpeen arviointi. Lisäksi kuvataan kuntoutujan terveys (perussairaudet), elintavat, talous, apuvälineet ja kotiympäristö ja niiden vaikutuksia arjessa toimimisessa. Pääteemat

jaettiin fyysisen toimintakyvyn osalta kahteen osaan perustoimintoihin (ADL) ja välinetoimintoihin (IADL). Pääteemojen alaryhmiä olivat kaikki erilliset toiminnot, esimerkiksi ruokailu (ADL) ja lääkkeistä huolehtiminen (IADL).

Analyysissä tutkittiin kuntoutujan kykyä selviytyä arjen toiminnoista ja missä ja miten omaishoitaja häntä auttaa. Annettu tuki määriteltiin kirjaten, omaishoitaja hoitaa, valvoo, tarvitsee, pesee ja niin edelleen. Psykkisen toimintakyvyn alaryhmään kuuluu mieliala ja kognitiiviseen toimintakykyyn, tulla ymmärretyksi. Sosiaalisen toimintakyvyn alaryhmiä ovat harrastaminen, lähiverkostot ja muut verkostot. Lähiverkosto kattaa lähiomaiset ja sukulaiset ja muu verkosto ystävät, tuttavat ja työkaverit. Kuntoutujan palvelujen tarvetta kartoitettaessa tarkastellaan myös omaishoitajan palvelujen tarvetta, sillä omaishoitajan antama tuki liittyy joko suoraan tai välillisesti kuntoutujan toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen. Palvelujen tarpeen arvioimisessa kartoitettiin kuntoutujan toimintakykyä tukevia ja heikentäviä tekijöitä sekä omaishoitajan jaksamista tukevia ja heikentäviä tekijöitä. Niiden avulla löytyivät ensisijaiset tai tulevat ennakoitavat palvelutarpeet.

13 OMAISHOITOPERHE 1

13.1 Omaishoitoperhe 1 yhteenveto kokonaistilanteesta

Kuntoutuja on ollut yhdellä LAH-jaksolla. Kuntoutujalla on kaksi perussairautta. Kuntoutuja tarvitsee joissakin toiminnoissa vähäistä fyysistä apua omaishoitajalta. Fyysinen toimintakyky perustoimintojen (ADL) osalta onnistuu pääsääntöisesti itsenäisesti, hammasproteesien pesun hoitaa omaishoitaja. Kuntoutuja onnistuu puhumaan kyllä- ja ei-sanoin, muu puhe on epäselvää. Kotikäynnin aikana kuntoutuja vastaa noin 5 % ymmärrettävästi kysymyksiin ja omaishoitaja vastaa kuntoutujan puolesta noin 95 %. Kuntoutujalla on puheen tueksi kuvakansio, jota ei ole halunnut ottaa käyttöön. Välinetoimintojen (IADL) osalta omaishoitaja hoitaa ne pääosin, joskus käyvät yhdessä kaupassa. Elintapojen osalta tupakoimattomuus vahvistaa terveyttä, alkoholin käyttämistä ei kysytty. Psykkisen toimintakyvyn osalta kuntoutujan mieliala on pääsääntöisesti hyvä, joskus ärsyyntyy. Kuntoutuja on kaatunut kaksi

kertaa kuuden kuukauden aikana sisällä ja ulkona. Kuntoutuja liikkuu sisällä apuvälineittä, hitaasti, harkitusti ja jalkapohjat lattiaa viistäen. Ulkona liikkuessa kuntoutuja tarvitsee rollaattorin ja valvojan kaatumisten jälkeen. Omaishoitoperheen taloudellinen tilanne on vakaa. Kuntoutuja nukkuu yönsä hyvin ja ruokahalu on hyvä, joka auttaa omaishoitoperhettä jaksamaan seuraavan päivän toimintojen suorittamista. Kuntoutuja onnistuu olemaan yksin omaishoitajan kaupassa käymisen ajan.

Omaishoitoperhettä tukevat kaikki olemassa olevat palvelut kuten kotijaksolla oleva kuntosali, fysio- ja puheterapia, sairaanhoitajan käynnit sekä turvaranneke-puhelin ja taksikortti. Omaishoitoperheellä on molemmilla ateriapalvelu. Omaishoitoperheellä on joitakin yhteisiä harrastuksia kuten musiikin kuuntelu ja television katselminen. Kuntoutuja pitää saunomisesta ja omaishoitaja lukemisesta. Apuvälineiden osalta kuntoutujalla on käytössä rollaattori. Viihtyisä asuinympäristö luontoineen ja kotiympäristön hissi, luiska ja tukikahvat wc:n ja parvekkeen ovissa tukevat omaishoitoperheen siirtymisiä ja liikkumista. Omaishoitoperheellä on sosiaalista toimintakykyä (vuorovaikutus, osallistuminen) tukevat tekijät, kuten tuttava- ja vertaispariskunta naapuristossa sekä yhden yhdistyksen säännölliset tapaamiset. Sosiaalisuutta vahvistava tekijä on myös omaishoitoperheen neljä lasta, lastenlapset ja lastenlastenlapset joita he tapaavat ajoittain sukujuhlissa. Lapsilta ja lastenlapsilta omaishoitaja voi saada yllättäviin ja hetkellisiin tilanteisiin fyysistä apua. Tytär haluaa opetella lääkkeiden jakamisen.

Omaishoitajan jaksamista tukevia tekijöitä, ovat hänen kykynsä toimia ja hankkia palveluja, kuten sairaanhoitajan kotikäynnit kuntoutujalle ja löyhäresoriset sukat pukemisen helpottamiseksi. Omaishoitajan jaksamista tukeva tekijä on ollut myös kodin askareiden hoitaminen, joka on ylläpitänyt hänen toimintakykyään. Vertaispariskunta naapurissa on ollut omaishoitajalle myös tärkeä vertaistuki. Omaishoitaja saa omaa aikaa käydessään ruokakaupassa (300m) ja kerran-kaksi viikossa kun kuntoutuja on kuntoutuksessa.

13.2 Omaishoitoperhe 1 arjen toimintoja heikentävät tekijät

Kuntoutujan toimintakykyä heikentävä tekijä on puheen tuottamisen vaikeus. Toisena heikentävänä tekijänä on kävelyn epävarmuus liikkumisessa, joka on johtanut kaatumiseen kaksi kertaa. Lisäksi hän tarvitsee valvojan ulkoillessa. Välinetoimintojen (IADL) osalta omaishoitaja hoitaa lähes kaikki, joskus käyvät kaupassa yhdessä. Lukeminen oli mieliharrastus, josta kuntoutuja joutui luopumaan sairastuttuaan.

Omaishoitajan jaksamista heikentävät tekijä on hänen fyysinen kuntonsa ja erityisesti liikkumiskyky (sydämen tahdistin). Omaishoitaja ei onnistu antamaan kuntoutujalle voimakasta fyysistä tukea muun muassa ylös nostamisessa, jos kuntoutuja kaatuu. Omaishoitaja ei ehdi ulkoilla kuntoutujan kanssa kotiaskareiden vuoksi. Lapsilta tai lastenlapsilta ei ole mahdollista saada pitkäaikaista fyysistä apua. Lapset eivät asu lähellä omaishoitoperhettä. Omaishoitaja totesi 2014 kesämökillä ollessaan, että liikkuminen tasoeroja sisältävässä maastossa oli vaikeaa.

13.3 Omaishoitoperheen 1 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi

Kuntoutujalla on tällä hetkellä erilaisia palveluja. Kuntoutujalla ja omaishoitajalla on ateriapalveluna yksi ateria neljä kertaa viikossa. Omaishoitaja on omakustanteisesti tilannut sairaanhoitajan, joka ottaa kuntoutujalta kerran kuukaudessa näytteen. Aikaisemmin kuntoutuja kävi ottamassa sen laboratoriossa, mutta väsyi kohtuuttomasti niinä päivinä. Kuntoutuja käy kotijaksolla kuntosalin pienryhmässä kerran viikossa, lisäksi hänellä on fysioterapia ja puheterapia. Kuntoutujalla on turvaranneke- puhe- lin, josta puoliso hälyttää apua tarvittaessa ja taksikortti. Kuntoutuja tarvitsee puheen ja vuorovaikutuksen vahvistamista erilaisin keinoin. Kuntoutujan kävely on hidasta, jalkapohjat viistävät lattiaa. Kuntoutujan liikkumiskyky tulee heikentymään, johon hän tarvitsee fyysistä kuntoutusta.

Omaishoitajan toive LAH-jaksolle oli keskusteluseuraa ja ulkoilu. Kuntoutuja oli toivonut jo ensimmäisellä LAH-jaksollaan keskustelua. Kuntoutujan palvelujen tarvetta kartoitettiin osittain kotikäynnin aikana. Keskustelun aikana ehdotettiin kotijaksolle ulkoilua SPR:n ystäväpalvelun valvojan avulla ja äänikirjojen kuuntelemista kirjojen lukemisen tilalle. Hänelle ehdotettiin myös kuvakansion käyttöön ottamista

vähitellen, auttamaan sosiaalisten tilanteiden ylläpitämistä. LAH-jaksoille suunniteltiin kuntoutujalle kuntosaliharjoittelua fyysisen toimintakyvyn säilymiseksi, ulkoilua ja muutaman osallistujan keskusteluryhmää. Kuntoutuja pitää saunomisesta, johon hänelle tarjottiin mahdollisuus tulevilla LAH-jaksoilla.

Omaishoitajan ensisijaisin palvelutarve on kuntoutus ja apuväline liikkumisen helpottamiseksi (keppi/rollaattori?). Tulevaisuudessa kotipalvelun ja apuvälineiden tarve omaishoitoperheelle lisääntyy. Omaishoitajan jaksamisen seuraaminen on tärkeää. Jatkossa omaishoitajan kodin askareiden vähentäminen lisäämällä esimerkiksi ateriapalvelua, pyykki- ja siivouspalvelua tukevat omaishoitajan jaksamista.

14 OMAISHOITOPERHE 2

14.1 Omaishoitoperhe 2 yhteenveto kokonaistilanteesta

Kuntoutuja ei ole ollut vielä LAH-jaksolla. Kuntoutujalla on kolme perussairautta. Kuntoutujan toimintakykyä tukevia tekijöitä ovat että hän onnistuu suoriutumaan itsenäisesti fyysisen toimintakyvyn perustoiminnoissa (ADL). Liikkuessa ulkona kuntoutuja käyttää sauvakävely-sauvoja. Välinetoimintojen (IADL) osalta omaishoitaja hoitaa ne valtaosin. Kuntoutuja onnistuu käyttämään matkapuhelinta ja tietokoneita itsenäisesti. Omaishoitoperhe käy joskus yhdessä kaupassa ja ostoksilla. Kuntoutuja nukkuu yönsä hyvin ja ruokahalu on hyvä, joka auttaa omaishoitoperhettä jaksamaan seuraavan päivän toimintojen suorittamista. Omaishoitoperheellä ei ole mitään ulkopuolisia palveluja. Kuntoutuja kykenee olemaan yksin muutamia tunteja päivittäin ja onnistuu ilmaisemaan itseään sanallisesti. Kuntoutuja vastasi noin 80 % esitettyihin kysymyksiin ja omaishoitaja täydensi niitä noin 20 %. Kuntoutuja on sosiaalinen ja pitää keskusteluista. Kuntoutuja pitää yhteyttä yhteen työkaveriin ja tuttavaan soitellen heille toisinaan.

Kuntoutuja on kaatunut kaksi kertaa kahden kuukauden aikana sisällä. Elintapojen osalta tupakointi jäi kysymättä. Kuntoutujan alkoholikäyttö on kaksinkertaisesti yli kohtuuran. Aikoinaan omaishoitoperheellä oli muutama yhteinen harrastus, nyky-

ään yhteisenä harrastuksena on television katseleminen. Omaishoitoperheen sosiaaliset suhteet ovat vähäisiä. Läheisverkostoon kuuluvat kuntoutujan kaksi sisarusta, jotka asuvat kaukana, tapaavat harvoin. Lapsia omaishoitoperheellä ei ole. Muuhun verkostoon kuuluvat kuntoutujan yksi tuttava ja työkaveri sekä omaishoitajan yksi tuttava. Omaishoitoperheen taloudellinen tilanne on vakaa. Apuvälineitä kuntoutujalla on kaksi, sauvakävely-sauvat ja wc-istuimen korotus. Omaishoitoperheen kotiympäristö on piha-alueeltaan viihtyisä ja toimintakykyä tukeva. Kylpy- ja makuuhuone sijoittuminen yläkertaan, eivät tue omaishoitoperheen toimintakykyä ja jaksamista jatkossa kun toimintakyky heikentyy.

Omaishoitajan jaksamista tukevat päivittäinen kävelylenkki ja kodin askareet, mitkä vahvistavat hänen toimintakykyään. Omaishoitajalla on mahdollisuus omaan aikaan päivittäin muutama tunti. Omaishoitaja käy tuttavaruovan luona vierailulla naapurissa tai kesämökillä. Omaishoitajan jaksamista tukee myös oma auto millä hoitaa kauppa-asioita, muita ostoksia tai käy kesämökillä (60km).

14.2 Omaishoitoperhe 2 arjen toimintoja heikentävät tekijät

Kuntoutujan sosiaalisten suhteiden vähäisyys, kaventunut elinpiiri sekä aloitekyvyttömyys ja haluttomuus tulevat esiin keskustelussa. Kuntoutujan toimintakyky vaihtelee päivittäin. Huonoina päivinä kuntoutujan kävely on epävarmaa. Työ oli aikoinaan myös harrastus ja siitä luopuminen on ollut ja on edelleen kuntoutujaa harmittava asia. Kuntoutujaa masentavat myös kaatumiset, kaksi kertaa sisällä kahden kuukauden aikana. Kuntoutujalla on ajoittain virtsanpidätyskyvyttömyyttä, kaatumisissa ja öisin käytössä inko-housut. Kuntoutuja haluaa olla kotona sisätiloissa ja on omaishoitajan mukaan haluton erilaisiin toimintoihin muun muassa peseytyminen, ulkoilu ja liikkuminen ulkona sekä lähiympäristössä. Kuntoutuja ei halua tulla LAH-jaksolle syksyllä, omaishoitajan leikkauksen ajaksi. Kuntoutujan terveyttä heikentävä tekijä on alkoholin käyttäminen kaksikertaisesti yli kohtuurajan. Asunnossa makuuhuone ja pesutilat ovat yläkerrassa ja alhaalla on pieni wc ilman viemärointiä. Parvekkeen kynnys on myös korkea yli, 10 cm.

Omaishoitajan jaksamista heikentäviä tekijöitä ovat hänen nivelperäinen perussairautensa, mikä aiheuttaa sen, ettei hän voi avustaa kuntoutujaa fyysisesti. Kuntoutujan kaatumisen yhteydessä hän ohjaili ottamaan porraskaiteesta kiinni ja kampeamaan itsensä ylös. Omaishoitajan jaksamista heikentää huoli kuntoutujan alkoholin käytämisestä, toisinaan hän on myös väsynyt kuntoutujan ohjaukseen ja neuvomiseen. Omaishoitajalla ei ole lapsia eikä läheisverkostoja, eikä siten myöskään avun saamisen mahdollisuutta.

14.3 Omaishoitoperhe 2 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi

Omaishoitoperheellä ei ole tällä hetkellä mitään ulkopuolisia palveluja. Kotikäynnin aikana ehdotettiin kuntoutujalle ulkoilua, liikkumista ulkona lähiympäristössä tai kesämökille omaishoitajan kanssa lähtemistä. Ehdotettiin myös muutamien aikaisempien tuttavien tapaamista ja kyseltiin mikä kiinnostaisi. Kuntoutujaa on haluton kaikkiin muihin toimintoihin, lukuun ottamatta keskustelua. Kuntoutuja ei haluaisi lähteä LAH-jaksolle syksyllä kun omaishoitajalla on leikkaus. Ehdotettiin kuntoutujalle että kävisi tutustumassa omaishoitajan kanssa LAH-yksikköön. Kerrottiin että LAH-yksikössä on myös keskusteluryhmiä joihin hän voisi osallistua ja saisi toivomaansa keskusteluseuraa. Omaishoitaja on huolissaan kuntoutujan alkoholin käytöstä ja toivoo sen vähenevän.

Kuntoutujan toimintakykyä heikentävä tekijä on yli kohtuurajan alkoholin käyttäminen. Kuntoutujalla on näkyvissä haluttomuus kaikkeen toimintaan. Työstä luopuminen viisi vuotta sitten on raskas asia vieläkin. Muistisairauden esiintyvyys määrättyllä alueella, saattaa aiheuttaa persoonallisuuden muutoksia. Kuntoutujan kävely on epävarmaa ja horjuvaa ja fyysinen kunto on heikentynyt. Kuntoutuja on kaatunut kaksi kertaa lyhyen ajan sisällä. Kuntoutujan sosiaalinen verkosto on vähäinen. Kotiympäristö ei tue omaishoitoperheen toimintakykyä, edellyttää asunnonmuutostöitä, kylpyhuone alakertaan? porrashissi? vai muutto asunnosta? Kuntoutujan kohdalla tulee selvittää, onko hänen paikkansa LAH-yksikkö vai joku muu? Kuntoutuja tulee tarvitsemaan jatkossa kotona asumisen tukemiseksi fyysistä apua kuten kotihoidon palveluja, sillä omaishoitaja ei kykene auttamaan häntä fyysisesti. Jatkossa myös apuvälineiden tarve lisääntyy.

Omaishoitajan palvelujen tarve tulevaisuudessa tulee lisääntymään nivelperäisen sairauden vuoksi. Hän tulee tarvitsemaan fyysistä kuntoutusta oman toimintakykynsä vahvistamiseksi ja kotihoidon palveluja sekä apuvälineitä. Omaishoitajan sosiaalinen verkosto on vähäinen, rajoittuen yhteen tuttavaan, hän tarvitsee myös sosiaalisia verkostoja esimerkiksi vapaaehtoisjärjestön tai yhdistyksen kautta.

15 OMAISHOITOPERHE 3

15.1 Omaishoitoperhe 3 yhteenveto kokonaistilanteesta

Kuntoutujalla on kolme perussairautta. Kuntoutujan toimintakykyä tukevia tekijöitä ovat, että hän onnistuu suoriutumaan lähes itsenäisesti fyysisen toimintakyvyn perustoiminnoissa (ADL), lukuun ottamatta peseytymistä, jonka omaishoitaja hoitaa. Kuntoutuja nukkuu yönsä hyvin ja ruokahalu on hyvä, joka auttaa omaishoitoperhettä jaksamaan seuraavan päivän toimintojen suorittamista. Liikkuminen onnistuu sujuvasti. Kuntoutujalla ei ole kaatumisia, eikä apuvälineitä. Kuntoutuja käy kerran viikossa päivätoiminnassa, jonne kävelee yksin. Välinetoimintojen (IADL) osalta omaishoitaja hoitaa ne pääosin. Matkapuhelimen käyttämistä ei kysytty. Kaupassa ja ostoksilla omaishoitoperhe käy yhdessä päivittäin kävellen. Kuntoutuja vastasi noin 40 % kysytyihin asioihin ja omaishoitaja 60 %. Kuntoutuja onnistuu ilmaisemaan itseään sanallisesti ajoittain, aloittaen puheen ymmärrettävästi 3- 5 sanan lauseilla, sitten ilmaantuu sidesanoja jaa, niin, kuinka se, sano sinä ja ohjaa puheenvuoron omaishoitajalle. Elintapojen osalta kuntoutuja ja omaishoitaja ovat lopettaneet tupakoinnin vuosia sitten, alkoholia käyttävät ruokailujen yhteydessä. Psykkisen toimintakykyyn kuuluva mieliala on yleensä hyvä. Päivätoiminnasta kuntoutuja tulee iloisena kotiin. Kuntoutuja ärsyyntyy joskus, kun omaishoitaja ei ymmärrä mitä hän yrittää kertoa. Omaishoitoperhe harrasti aikoinaan matkailua ja mökkeilyä, nyt myyneet kesämökin pois. Omaishoitoperhe jäi kaipaamaan omaisille ja kuntoutujille suunnattua yhteisryhmää joka lopetettiin. Nykyään omaishoitoperhe harrastaa urheilun katsomista televisiosta. Omaishoitoperhe oli kolmen viikon lomamatkalla keväällä ja päivän retkellä kesällä.

Omaishoitoperheellä on jonkin verran sosiaalisia vuorovaikutussuhteita. Kuntoutujalla on kolme veljeä jotka asuvat kaukana (300 km). Kuntoutuja tapaa veljiään harvoin, joskus veljet soittelevat. Kuntoutujalla ei ole yhtään ystävää tai tuttavaa. Omaishoitajalla on kaksi hyvää ystävätärtä ja ovat säännöllisesti yhteydessä. Omaishoitajalla on poika, jota omaishoitoperhe tapaa joskus. Omaishoitoperheen taloudellinen tilanne on vakaa. Mitään apuvälineitä ei ole. Omaishoitoperheen kotiympäristön osalta hissi, liiketunnistinvalaisimet porraskäytävässä ja huoneiston esteettömyys, lukuun ottamatta kylpyhuoneen suihkukulmausta, tukevat omaishoitoperheen toimintoja. Omaishoitoperhe osallistuu kotiympäristön ulkopuolisiin toimintoihin päivittäin ja liikkuvat myös lähiympäristössä mikä tukee omaishoitajan jaksamista.

Omaishoitajalla on mahdollisuus omaan aikaan kerran viikossa päivän ajan, kun kuntoutuja on päivätoiminnassa. Omaishoitaja on myös tehnyt jaksamistaan tukevia toimia, kuten siivoajan käyminen kerran kuukaudessa. Lisäksi omaishoitoperhe myi pois kesämökin, sillä omaishoitaja ei enää jaksanut hoitaa sitä. Omaishoitaja kertoo että, jaksamista omaishoitajana tukee hänen ”sisukas luonteensa”. Omaishoitajalla on kaksi hyvää naisystävää, joiden kanssa soittelee matkapuhelimella. Keskustelu ystävien muista asioista antaa omaishoitajalle voimia jakamiseen. Omaishoitaja tapaa myös joskus ystäviään.

15.2 Omaishoitoperhe 3 arjen toimintoja heikentävät tekijät

Kuntoutujan toimintakykyä heikentävä tekijä on osittainen sanallisen ilmaisun vaikeus, joka vaikuttaa vuorovaikutussuhteiden ylläpitämiseen. Sosiaalisten suhteiden, harrastamisen ja osallistumisen vähäisyys rajoittaa myös sanallisen vuorovaikutuksen toteuttamista. Kuntoutujalla ei ole ystäviä tai tuttavuuksia joiden kanssa keskustelisi. Kuntoutujan lähisukulaiset asuvat kaukana ja tapaa heitä harvoin, soittavat joskus. Kivun ilmaantuminen alaraajoihin kävellessä pitempään, rajoittaa pitkäkestoisempaa liikkumista. Kotiympäristöön liittyvä toimintakykyä heikentävä tekijä on kylpyhuoneen pieni suihkukulmaus, missä on sisäänpäin kääntyvät lasiovet. Riittävää tilaa avustajalle ei ole. Parvekkeen korkea kynnyks saattaa aiheuttaa kaatumisen jossain vaiheessa.

Omaishoitajan jaksamista heikentävät tekijät liittyvät hänen omaan fyysisen kuntosaa hoitamiseen, ajoittaiseen ärsyyntymiseen kuntoutujaan ja lähiverkoston tuen puuttuminen. Omaishoitaja on pettynyt, kun muistisairaiden ja omaisten liikunnallinen yhteisryhmä loppui. Aikaisemmin hän harrasti myös vesiliikuntaa kerran viikossa ja pyöräili kesämökille (n.20 min). Omaishoitajaa harmittaa painon lisääntyminen. Toisinaan omaishoitaja väsyy kuntoutujan ohjaukseen ja neuvontaan. Lomamatkan koki raskaaksi, kun ei ollut mahdollista irtautua omaishoitajuudesta hetkeksikään kolmen viikon aikana. Hän kertoo, että ei halua rasittaa ystäviään omaishoittoon tai kuntoutujaan liittyvillä asioilla. Omaishoitaja kertoo olevan sisukas ja että jaksettava on. Omaishoitajalla ei ole mahdollisuutta saada apua tai tukea pojaltaan. Hän kertoo että pojalla on oma elämä, eikä odota tukea häneltä. Kysyttäessä jos jotain tapahtuisi yhteäkkisesti, saisiko hän apua pojaltaan. Omaishoitaja vastaa, että ottaisi yhteyttä LAH-yksikköön, sosiaalivirastoon tai kotihoitoon.

15.3 Omaishoitoperhe 3 nykyiset palvelut ja palvelutarpeiden arviointi

Kuntoutujalla on yksi palvelu, hän käy kerran viikossa päivätoiminnassa. Kuntoutujan palvelutarve on sanallista ja sosiaalista vuorovaikutusta vahvistava muutaman osallistujan ryhmä. Kotikäynnillä omaishoitoperhe ei kertonut mitään toiveita LAH-jaksolle. Kuntoutuja hyötyisi mahdollisesti muutaman osallistujan keskusteluryhmästä, joka vahvistaa hänen sanallista ilmaisuaan ja ulkoilusta. Kuntoutujan alaraajojen kivun syy on selvitettävä. Kuntoutujan fyysinen toimintakyky on tällä hetkellä hyvä, jatkossa kuntosali tarpeen mukaan.

Läheisverkoston ja sosiaalisen verkoston vähäisyys on omaishoitajan jaksamista kuormittava tekijä. Omaishoitajan osalta palvelutarve tulevaisuudessa on sosiaalisen verkoston vahvistaminen vapaaehtoisjärjestön tai jonkun yhdistyksen kautta. Omaishoitaja kokee kuntosaa heikentyneen, tarvitsi tuen oven karmista kädellä parvekkeelle siirtymisessä. Omaishoitajan fyysisen toimintakyvyn säilyttäminen kuntoutuksen avulla on huomioitava tulevaisuudessa. Kylpyhuoneen suihkukulmauksen lasiovien poisto, mahdollistaa tilan kahdelle henkilölle ja tukikahva parvekkeen ovenkarmiin, kynnyksen yli siirtymisen helpottamiseksi.

16 TULOKSET

Aikaisemmin LAH-osastolta ei tehty kotikäyntiä kuntoutujan kotiin ennen LAH-jakson alkamista. Kuntoutuksen suuntaaminen LAH-jaksoilla koettiin toisinaan haastavaksi, koska tarkkaa tietoa siitä, miten omaishoitoperheen arki sujuu? ei ollut. Henkilökunnalla ei ole ollut myöskään tietoa, tukeeko vai heikentääkö kotiympäristö tai joku muu tekijä kuntoutujan toimintakykyä? Kuntoutujien saapumis- ja lähtötilanteet LAH-osastolla olivat kiireisiä ja ajoittuivat pääsääntöisesti lounaan yhteyteen. Ajoittain omaishoitajalta jäi jotain olennaista kertomatta esimerkiksi, että makuuhuone tai pesutilat ovat yläkerrassa, joka on merkittävä tieto kuntoutujan liikkumisen vahvistamiseksi ja suunnattavan kuntoutuksen kannalta ja /tai, että se edellyttää myös asunnonmuutostöitä. Lisäksi vuorovaikutustilanteet painottuivat kuntoutujaan ja häntä koskeviin asioihin. Omaishoitajan jaksamisen huomioiminen jäi vähäiseksi.

Omaisyyhteistyö tukee asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kuulluksi tulemisen kokemusta ja vahvistaa luottamuksellista hoitosuhdetta. Tärkeintä omaisyyhteistyössä on luottamuksellisen suhteen rakentaminen ja turvallisuuden tunteeseen vastaaminen. Tämä on oleellista muun muassa vanhusten parissa muutos- ja siirtymävaiheissa. (Omaisena edelleen [www-sivut 2015](#).) Omaishoitoperheen kanssa tehtävä yhteistyö kattaa LAH-yksikön ja asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijän ja siihen kuuluu kaikki se toiminta mitä tapahtuu LAH- ja kotijaksojen välillä. Kotikäynnillä omaishoitoperheet olivat tyytyväisiä saatuihin tietoihin ja siihen että heidän mielipiteitään ja toiveitaan kuunnellaan. Tyytyväisiä he olivat myös siihen, että tarvittaessa yhtäkkisissä tilanteissa on mahdollisuus soittaa LAH-yksikköön ja kysyä neuvoja, ohjeita. Jatkossa LAH-yksikkö ohjaa omaishoitoperheen kotiin tarvittavien palveluiden hoitamisen asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijälle.

Tietoja väestön toimintakyvystä tarvitaan terveyden ja hyvinvoinnin säilymiseksi ja parantamiseksi, jotta terveyden- ja sosiaalihuollon voimavarat voidaan suunnata paremmin. Tietoa tarvitaan myös väestön toimintakyvyn seurantaan ja kehittämisen avuksi. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 119.) Härkäpää ja Järvikoski (2011, 92) toteavat, että toimintakyvyn arviointi on perusta kuntoutuksen tulosten arvioinnille ja että sen lisäksi tarvitaan toimintakyvyn ja sen osa-alueiden selvittä-

mistä yhdessä kuntoutujan kanssa. Jokaisen kuntoutujan osalta saatiin kartoitettua toimintakyvyn eri osa-alueet yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Kotikäynnillä onnistuttiin aloittamaan kuntoutussuunnitelmien laatiminen. Kotikäyntiryhmä aloitti kuntoutussuunnitelman tekemisen yhdessä omaishoitoperheen kanssa heidän toiveitaan kuunnellen ja pyydetty toiveet tulevat toteutumaan LAH-jaksolla.

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa kotiympäristössä nousi selkeästi esiin ensisijaiset kuntoutusta edellyttävät ja muut palvelutarpeet. Esiin nousi myös, onko palvelutarve kuntoutujaan, apuvälineisiin, kotiympäristöön tai omaishoitajaan liittyvä tai useampaan osa-alueeseen liittyvä. Kuntoutujien toimintakyvyn osalta palvelutarpeet nousivat vaihtelevasti fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen osa-alueilta, ollen osalla kuntoutujista yhden-kahden-kolmen osa-alueen tarpeita. Ikääntyneiden ravitsemusongelmilla on yhteys sairauksiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn, erityisesti muistihäiriöisillä henkilöillä energian saaminen on vähäistä ja ravitsemustila huono. (Ikääntyneiden ravitsemus- ja ateriapalvelut 2014.) Kuntoutujien riittävällä unella ja ruokahalulla oli tärkeä merkitys kuntoutujan toimintakyvyssä ja myös omaishoitajan jaksamisessa.

Palvelutarpeiden selvittämisessä on käytettävä luotettavia arviointivälineitä. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys-palveluista 980/2012, 3 luku, 15§.) Laitoshoitoon joutumisen uhkan mittari MAPLe Risk CAP on RAI- mittaristossa sisällä. Laitoshoitoon joutumisen uhka on, jos arviointiasteikossa esiintyy vähintään neljä kahdeksasta kohdasta. Nämä neljä kohtaa ovat, ulkoilu yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin, virtsanpidätyskyvyttömyys vähintään ajoittain, jokin neurologinen diagnoosi ja toimintakyky huonontunut viimeisen 90 vuorokauden aikana. (RAI Screener Oulu 10, 2012.)

Kotikäynnillä nousi esiin, mikä on ensisijaisin tai ensisijaisimmat palvelutarpeet LAH- ja mikä kotijaksolla. Kuntoutuja 1 kohdalla suunnatut toimenpiteet kattoivat koti- ja LAH-jakson suunnitelman lähes kokonaisuudessaan. Kuntoutuja 3 palvelujen tarve oli vähäisin ja ensisijaisin kuntoutustarve tuli esiin. Kuntoutuja 2 kohdalla kuntoutussuunnitelma jäi vielä suunnitteluvaiheeseen, koska jäi epäselväksi onko kuntoutujan palvelutarve LAH-yksikkö vai joku muu? Kuntoutujan voimavarat ja hänen toimintakykyään säilyttäviä tekijöitä oli vähän. Kuntoutujalla oli paljon palvelun tarpeita, kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla, elintavoissa ja kotiympäristöön liittyen.

Muita toimintakykyä tukevia tekijöitä osalla kuntoutujista oli sosiaalisen lähiverkoston ja muun verkoston määrä sekä sen lisäksi päivittäinen, viikoittainen aktiivisuus ja harrastaminen kotiympäristössä tai sen ulkopuolella. Lisäksi apuvälineiden osalta saatiin selville, että ne olivat kaikki käytössä ja nykyisen tarpeen mukaisia. Kotiympäristössä kuntoutujan toimintakykyä ja omaishoitajan jaksamista tukevat ja heikentävät tekijät tulivat esiin, esimerkiksi ruokakaupan läheisyys, liikkumista tukevat tekijät hissi, luiska, liiketunnistinvalo, tukikahvat ja niin edelleen. Heikentäviä tekijöitä olivat, että huoneiden sijoittelu edellytti portailla kulkemista tai että peseytymis-tila ei mahdollistanut tilaa avustajalle.

Kehitettäessä palvelujärjestelmää iäkkään tarpeita vastaavaksi korostuu ennakoivan toiminnan merkitys. Fyysisten mitattavissa olevien tarpeiden lisäksi nousee esiin iäkkään henkilön oma kokemus omista tarpeista, avun ja palveluiden oikea-aikaisuus, saatavilla olevat palvelut sekä iäkkään halu ottaa vastaan palvelujärjestelmän tarjoama apu. (Vilkkö, Muuri, Finne-Soveri 2010, 54.) Inhimillisen kärsimyksen lisäksi omaishoitajan uupumisella on myös taloudellisia seuraamuksia, mikä näkyy muun muassa omaishoitajan toimintakyvyn heikkenemisenä (Salonen 2010, 170).

Omaishoitajilla oli erilaisia toimintoja joilla he varmistivat jaksamistaan, kuten päivittäinen kävelylenkki, soitto ystävälle ja puhuminen muista kuin kuntoutujaan liittyvistä asioista ja vertaistuki. Omaishoitajilla oli myös mahdollisuus omaan aikaan päivittäin- viikoittain. Omaishoitajien fyysisen kunnon selvittäminen on tärkeä asia, sillä kahdella omaishoitajalla ei ole tulevaisuudessa mahdollisuutta antaa kuntoutujalle voimaa edellyttävää fyysistä tukea. Kahden omaishoitajan kohdalla nousi tulevaisuudessa tarve vertaistukeen tai keskustelumahdollisuuteen, sillä kuntoutujan toi-

minta aiheutti ajoittain ärsyyntymistä ja heikensi omaishoitajan jaksamista. Omaishoitajat eivät myöskään voineet tukeutua lähiverkostolta saatuun pitkäaikaiseen apuun. Lähiverkostoa ei ollut tai siihen ei haluttu tukeutua, vedoten että ei haluta häiritä lähiomaisia. Tutkimuksessa saatiin myös selville ulkopuoliset palvelut/palveluverkostot ja mitä ne ovat? tai ettei niitä ole. Läheisverkostolta saatu apu tai olemassa olevien ulkopuolisten palvelujen/palveluverkostojen määrä tai että niitä ei ole, on myös tärkeä tieto palveluja suunniteltaessa.

Omaishoitajat kokivat yhtenä merkittävänä tekijänä kunnallisten tahojen jakaman puutteellisen tiedon erilaisista etuuksista, tukimuodoista ja niiden määristä. (Kaivosoja 2014, 42.) Kotikäyntiryhmä selvitti jokaisen omaishoitoperheen taloudellisen tilanteen. Heidän taloudellinen tilanteensa oli vakaa, mikä tuki arjessa toimimista. Lisäksi kotikäynnin lopussa kysyttiin, onko nyt jotain johon tarvitsette ohjausta, neuvoja tai apua. Omaishoitoperheitä ohjattiin jatkossa kirjoittamaan paperille (kirje, päiväkirja), niitä asioita jotka ovat tukeneet tai heikentäneet arjessa jaksamista. Kirjoitelman on tarkoitus kulkea kuntoutujan mukana LAH-jaksolle. Heille jaettiin myös tieto, että tarvittaessa voi äkillisissä tilanteissa soittaa LAH-yksikköön. LAH-yksikkö ottaa kaikki tiedot vastaan ja ohjaa palvelutarpeet asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijälle.

17 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kotikäynnin avulla haettiin haastattelun ja havainnoimisen avulla kokonaisvaltaisempaa tietoa kuntoutujasta ja omaishoitajasta. Tavoitteena oli lisätä LAH-yksikön henkilöstölle tietoa omaishoitoperheen hyvinvoinnin tukemiseksi. Kuntoutussuunnitelmaa laadittiin yhdessä kuntoutujan ja hänen läheisensä kanssa kotikäynnin aikana, jotta saatiin kattavampi ja yksilöllisempi suunnitelma. Kotikonseptin avulla kuntoutujan todelliset voimavarat, tarpeet saatiin kartoitettua paremmin ja voitiin havaita sekä suunnata todelliset kotona asumista tukevat toiminnot. Saadut tiedot kerättiin ja käsiteltiin asiakaslähtöisesti.

Kotikäynnillä on tärkeä merkitys, sillä silloin haastattelu ja havainnointi tapahtuvat omaishoitoperheen ehdoilla heidän asuinympäristössään. Rauhallinen, kiireetön ilmapiiri antaa kattavammin tietoa omaishoitoperheestä ja arjen toiminnoista. Mitä enemmän saadaan tietoa palvelutarpeista sitä paremmin ja tarkemmin voidaan kohdistaa palveluja. Opinnäyteyössä haettiin vastausta tutkimuskysymyksiin, joista ensimmäinen oli: Miten kotikonsepti selkiyttää LAH-yksikön henkilöstön toimintaa kuntoutujan kuntouttamisessa koti- ja LAH-jaksoilla? Kotikonsepti antaa kokonaisvaltaista tietoa kaikista niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat kuntoutujan toimintakykyä heikentävästi nyt ja mahdollisesti tulevaisuudessa. Kuntoutuksen osalta tuli myös esiin tarvittavat toimet koti- ja LAH-jaksolle. Se auttaa ennakoimaan omaishoitoperheen tarpeita. Toinen kysymys oli: Miten kotikonsepti tukee kuntoutujan toimintakyvyn säilymistä ja / tai parantamista? Se auttaa löytämään kuntoutujan toimintakykyyn liittyvät ensisijaiset kuntoutustarpeet tai muut palvelutarpeet. Kolmantena kysymyksenä oli: Millä tavalla kotikonsepti auttaa saamaan selville omaishoitajan jaksamista tukevia toimintoja? Kotikonseptin avulla kartoitettiin omaishoitajan jaksamista kysymyksellä: mitkä asiat tukevat ja mitkä heikentävät jaksamista? Lisäksi kartoitettiin läheisverkostolta saatua apua.

Kotikäynnin yhteydessä tuli esiin mitä jaksamista tukevia tai heikentäviä tekijöitä omaishoitajalla on tällä hetkellä ja mihin tarvitaan tukitoimia? Omaishoitajalle tiedotettiin myös, että jatkossa tarvittaessa omaishoitaja voi ottaa yhteyttä puhelimitse LAH-yksikköön, jos tarvitsee neuvoja, ohjausta tai konkreettista apua. Toisena vaihtoehtona mainittiin, että hän voi kirjoittaa paperille niitä asioita, tunteita, tunnelmia jotka ovat tukeneet tai heikentäneet omaishoitoperheen arkea. Jos omaishoitajan tarve yhteydenottoon ei ole heti toimenpiteitä vaativa, hän voi lähettää kirjoitelman kuntoutujan mukana tämän tullessa seuraavalle LAH-jaksolle. Omaishoitaja ja LAH-yksikön henkilöstö ottavat omaishoitajan pyynnön vastaan ja tiedottavat asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijälle, joka käynnistää tarvittavat tukitoimet.

Tutkimusmenetelmänä oli avoin haastattelu ja havainnointi ja kotikäynnillä kaikki tieto kirjoitettiin käsin paperille. Työelämän toivomuksesta vaihdettiin kotikonseptin tarkistuskysymykset, aikaisemmin suunniteltuun Vantaan kaupungin IKÄ-Palo mallin kuvasarjaan. Avoimet kysymykset johtivat siihen, että sisällön osalta jäi joitakin osia selvittämättä tai tarkentamatta esimerkiksi matkapuhelimen käyttäminen. Koti-

käynnin aikana liikkumisen osalta sitä laajennettiin koskemaan liikkumista sisällä ja ulkona. Kotikäyntiryhmää auttaisi jos IKÄ-Palon kuvasarjaa muotoiltaisiin uudelleen toimintakyvyn mukaisesti, fyysinen ja niin edelleen. IKÄ-Palon mallissa ei ollut kuvaa kaupassa tai ostoksilla käymisestä, sen lisääminen olisi tärkeää. Kotikäynnillä olisi myös tarpeellista olla yksinkertaistetut pääkysymykset, tarkennus- ja jatkokysymykset. Omaishoitajan osalta olisi hyvä olla kysymyksissä erillisenä omaishoitajan palvelutarve, johon kuuluvat omaishoitajan jaksamista tukevien ja heikentävien tekijöiden kartoittaminen, läheisverkostolta saatu apu ja voiko jakaa kenenkään kanssa arjen asioita (iloja ja suruja). Kotikäyntiryhmän olisi hyvä ollut kerrata rauhassa ennen kotikäyntiä, mitä kysytään? ja kuka pitää huolen tarkennus- ja jatkokysymyksistä? Lisäksi olisi ollut hyvä jos aikaa olisi ollut kotikäynnin jälkeen yhteenvetoon, mitä asioita nousi esille?

Omaishoitajan kokonaistilanteen kartoittaminen ja selvitys hänen kokemanaan omaishoitajana jaksamista tukevista tai heikentävistä asioista, auttaa ennakoimaan ja lisäämään ajoissa tukitoimia myös heidän palvelutarpeisiinsa, ennen kuin omaishoitaja on vaarassa uupua. Mitä uutta tietoa sitten saatiin tutkimuksen avulla? Omaishoitoperheessä ei voi arvioida vain kuntoutujaa/omaishoidettavaa ja hänen eri toimintakyvyn osa-alueitaan sekä hänelle suunnattavia palveluja. On kartoitettava myös omaishoitajan osalta toimintakykyä ja jaksamista muutamien kysymyksin. Kotikäynti nosti esiin useita sellaisia tekijöitä, joista ei saataisi tietoa ilman kotikäyntiä. Kotikonsepti jatkuu vuoropuheluna omaishoitoperheen ja LAH-yksikön välillä omaishoitajan kirjallisen kirjoitelman tai suoran viestinnän tavoin. Jatkotutkimusaiheena voisi ajatella selvittää miten omaishoitajan jaksamisen tukeminen ja palvelutarpeen arviointi onnistuu kyseisellä menetelmällä.

18 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden osalta sitä vahvistaa tarkasti kuvatut kaikki vaiheet. Aineistoa tuotettaessa tulisi kertoa tarkkaan olosuhteet, kuten haastattelu- ja havainnointipaikat, käytetty aika ja analyysissa luokittelut perusteluineen. Lisäksi selvitetään mahdolliset virhetulkinnat haastattelussa ja tutkijan oma arviointi tilan-

teesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 232). Aineisto on pyritty kuvaamaan tarkasti kuntoutujakohtaisesti ja asiakaslähtöisesti ja tuomalla ajoittain esiin omaishoitoperheen omia muutaman sanan lauseita. Haastattelu ja havainnointi paikat, haastattelu-aika on kerrottu analyysiosassa. Aineiston luotettavuutta lisää myös se, että kotikonseptin toimintakykyä kuvaavat toiminnot oli kerätty RAI Screener Oulu-mittaristosta (2012) kaikkien muiden osalta paitsi, terveys, elintavat, talous ja omaishoitajan jaksamista kuvaava kohta jotka ovat muista lähteistä.

Aineiston luotettavuutta heikentää tutkittavien omaishoitoperheiden määrä, joita oli kolme ja se, että tutkittavia ei satunnaistettu. Työelämän toivomuksesta tutkimusta ei nauhoitettu ja tietokonetta ei käytetty kirjaamiseen, jotta luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luominen omaishoitoperheeseen ei heikentyisi. Aineistosta ei saatu sanatarkasti kerättyä tietoa. Nauhoitus olisi mahdollistanut aineistoon palaamisen, mikä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Tietokoneen käytön osalta yhdellä kotikäynnillä omahoitajalla ei ollut tietoa, että tietokonetta ei käytetä. Alun selvityksen jälkeen hän ei kirjannut tietokoneelle, jotta kaikki kotikäynnit toteutettaisiin samalla tavalla.

Kaikkia tietoja on käsitelty asiakaslähtöisesti ja salassapitovelvollisuutta noudattaen Kuntoutujien tarkkaa ikää ei kerrota kuntoutujan kohdalla, aineiston vähälukuisuuden ja tietosuojan vuoksi. Sairauksista kerrotaan kirjoitetussa tekstissä yleistetyssä muodossa, ei tarkoin diagnoosein, tietosuojan ja yksityisyyden säilyttämiseksi. Tutkittavien henkilöiden lukumäärän ja tietosuojan vuoksi ei kerrota ammatteja, työpaikkoja tai tarkkoja tietoja harrastamisesta ja kesämökkien sijainnista. Omaishoitoperheiden asuinpaikkaa ei kerrota, eikä mihin LAH-yksikköön kuntoutujat menevät LAH-jaksolle. Aineistot hävitetään kun raportti on hyväksytysti suoritettu.

19 POHDINTA

Heti alussa tiesin että opinnäytetyöni tulisi jollakin tavalla liittymään ikääntyneisiin henkilöihin. Vantaalla oli sopivasti käynnistynyt vuonna 2014 iäkkäiden kotona asumista tukeva kehittämistehtävä, joka liittyi suurempaan kokonaisuuteen pääkaupunkiseudun yhteiseen kehittämisverkostoon GeroMetroon. Aihe opinnäytetyölle löytyi helposti, tosin se muuttui heti alkuvaiheessa. Ensimmäinen aihe oli omaishoitajien jaksamista selvittävä tutkimus, jonka painopiste sitten muuttui ”Iäkkään kuntoutujan toimintakyvyn ja omaishoitajan jaksamisen tukeminen kotikonseptin avulla”. Työelämän puolelta sain Vantaan Hoiva-asumispalvelujen osalta projektipäälliköksi Piia Sneckin. Yhteydenpito toteutui pääosin projektipäällikön kanssa sähköpostilla ja muutamalla tapaamisella. Piia Sneckiltä sain myös neuvoja, miten opinnäytetyössä kannattaisi edetä.

Kotikonseptimallin hahmottaminen alkuun oli hieman hankalaa, tutkin internetin kautta lukuisia malleja palvelumuotoilusta niin terveyden- ja sosiaalihuollon alueelta kuin liike-elämänkin alueelta. Palvelumuotoilu oli osittain jo tuttu laatu- ja yrityskurssin opintojaksolta, eli tuotteen tai palvelun tekeminen näkyväksi vaihe vaiheelta. Kotikonsepti on uusi toimintamalli ja tarkoituksena on parantaa iäkkäiden kuntoutujien ja omaishoitajien palveluja. Kotikonseptiin sisältyvät kaikki ne vaiheet, kun omaishoitoperhe otetaan asiakkaaksi ja kun kuntoutuja tulee ensimmäiselle LAH-jaksolle jatkuen vuoropuheluna omaishoitoperheen, LAH-yksikön henkilökunnan ja asiakasohjausyksikön vastuutyöntekijän kanssa.

Kotikonseptin sisällön rakentaminen kotikäynnin osalta oli kuntoutujan toimintakyvyn kuvaaminen eri osa-alueineen, ja sitä tukevat ja heikentävät tekijät. Lisäksi kokonaisuuteen oli yhdistettävä kotiympäristön ja apuvälineiden osuus sekä omaisyhteistyö ja palvelutarpeen kartoittaminen. Näiden lisäksi oli huomioitava omaishoitajan jaksamista tukevia ja heikentäviä tekijöitä. Kotikonseptissa opinnäytetyön osuuden pääpaino oli pilotissa toteutetuissa kotikäynneissä, joka perustui teoriaosuuteen. Kotikonseptin osalta myös pilotti testasi antaako se vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Pilotin osalta ennakoin että kotikäyntejä tulee kymmeniä tai sitten muutama. Lopulta kävi niin, että aineistoon tuli kolme omaishoitoperhettä ja niistä yksi oli jo ollut LAH-jaksolla. Aineisto ei ollut kattava eikä siitä voi tehdä yleistyksiä. Tutkimuksen analyysi oli myös aikaa vievää, sillä ensin oli kirjoitettava puhtaaksi kotikäynnin aikana käsinkirjoitetut tiedot. Alkuun pyörittelin aineistoa usein eri tavoin tehden taulukkoja tai kirjoittaen suoraa tekstiä. Useamman kerran aineistoa eri tavoin käsitellessäni huomasin, että kolmen omaishoitoperheen aineisto paisui niin monisivuiseksi että lopulta päätin tiivistää jokaisen omaishoitoperheen tiedot. Tein yhteenvedon jokaisen omaishoitoperheen kokonaistilanteesta ja toin erikseen esiin kuntoutujan ja omaishoitajan toimintaa tukevat ja heikentävät tekijät sekä palvelutarpeen arvioinnin.

Kotikonsepti auttoi saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin ja nosti esiin selkeästi kaikkia niitä tekijöitä, jotka joko tukevat tai heikentävät omaishoitoperheen arjessa toimimista. Kotikäynti auttoi saamaan laajemmin tietoa omaishoitoperheestä ja toi esiin niitä asioita joita ei olisi saatu, jos kotikäyntiä ei olisi tehty. Kotikäynti jo tilanteena omaishoitoperheen kannalta aikaansai sen, että heidän ei tarvinnut lähteä mihinkään, eikä mihinkään ole kiire. Kotikäynnillä ei ollut myöskään niitä häiriötekijöitä, joita on LAH-osastolla kuntoutujan tullessa sinne tai lähtiessä sieltä.

LÄHTEET

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 1987. A. 18.9.1987/759.

Autti-Rämö, I. & Komulainen, J. 2013. Kuntoutus perustuu tietoon - kuntoutumisen mahdollistavat asenteet, prosessit, osaaminen ja yksilöllisyys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013, numero 5. 129(5):452-3. Viitattu 20.4.2015. <http://www.duodecimlehti.fi>

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK) 2013. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.7.2015. <https://www.thl.fi>

GeroMetro. 2015. Vanhustyön kehittämisverkosto pääkaupunkiseudulla. Ikäihmisen kotona asumista tukevien palvelujen kehittäminen Työsuunnitelma kaudelle 2014–2016. 17.9.2014. Socca, pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus. Projekti-päällikkö Pia Sneck materiaali. Viitattu 14.4.2015.

Helsingin Diakonissalaitos Hoiva Oy www-sivut 2015. Hoivan palvelutarpeen perustana on monipuolinen testaus. Viitattu 13.5.2015. <https://www.hoiva.fi>

Hoiva-asumispalvelujen lyhytaikaishoidon käsikirja. 2013. Simonkylä.

Hoiva-asumispalvelujen Simonkylän vanhustenkeskuksen Hoiva 1 ja Myyrinkodin osasto 3 lyhytaikaishoidon yksiköiden henkilökunta 2015. Henkilökohtainen tiedonanto 2.3- 9.4.2015.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19 painos. Helsinki. Tammi.

Hytönen, P. 2015. Työharjoittelu Simonkylän vanhustenkeskuksen Hoiva 1 ja Myyrinkodin osasto 3 vanhustenkodin lyhytaikaishoidon yksikössä. Henkilökohtainen tiedonanto 2.3- 9.4.2015.

ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2014. WHO-järjestö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Seitsemäs painos. Tampere: THL.

Ikäihmisten kaatumistapaturmat ja niiden ehkäisy 2008. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Viitattu 26.7.2015. <http://www.kotitapaturma.fi>

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön perhe- ja sosiaaliosasto julkaisema tiedote. 7.6.2006. Kuntainfo 5/2006. Viitattu 27.4.2015. <http://www.stm.fi>

Ikääntyville kehitetään parempaa neuvontaa ja palveluohjausta – kokeilu käynnistyi Länsi-Vantaalla. julkaistu 10.4.2014. Viitattu 12.7 2015. <http://www.vantaa.fi>

Ikääntyneiden ravitsemus- ja ateriapalvelut 2014. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.7.2015. <https://www.thl.fi>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kaivosoja, A.M. 2014. Tää on nyt meidän elämää. Aviopuolisosta omaishoitajaksi. Pro gradu – tutkielma. Helsingin Yliopisto: Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiologia. Viitattu 15.5.2015.

Koskinen, S., Lundqvist, A-M. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. Viitattu 14.4.2015. <https://www.thl.fi>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. <http://www.stm.fi>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980. Finlex.fi

Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 2005. L 31.3.2015/566. Finlex.fi

Laki omaishoidon tuesta. 2005. L 2.12.2005/937. Finlex.fi

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 1987. L 3.4.1987/380. Finlex.fi

Linja, N. 2013. Lyhytaikaishoito omaishoitajien jaksamisen tukena. Kyselytutkimus omaishoitajille lyhytaikaishoidon konkreettisesta tuesta sekä tarvittavista kehittämis-kohteista. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Hoitotieteen laitos. Viitattu 26.5.2015

Miettinen, S. 2015. Kolumni. Palvelumuotoilu tuo käyttäjän näkökulman palvelujen kehittämisen keskiöön. Viitattu 18.3.2015. <http://www.udi.fi>

Miettinen, S., Raulo, M. & Ruuska, J. 2011. Teoksessa Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. S. Miettinen (toim.). Helsinki. Teknologainfo Teknova, 12–16.

Omaisena edelleen www-sivut. 2015. Omaisyhteistyö vahvistaa perhelähtöisyyttä hoitotyössä. Viitattu 21.4.2015. <http://omaisenaedelleen.fi>

Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry www-sivut 2015. Opastava-hanke-2012–2016. Viitattu 17.3.2015. <http://opastava.fi>

Omaishoitomittari 2011. Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry 2015. Viitattu 26.5.2015. <http://www.omaishoitajat.fi>

Pietiläinen, K. 2009. Päiväkirja terapian välineenä. Hoitavat sanat 8.9.2009. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 22.5.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri www-sivut. 2013. Palvelumuotoilu. Viitattu 21.4.2015. <http://www.tays.fi>

RAI Screener Oulu Mittarikäsikirja 3-22. 2012. LAH- yksiköissä paperiversiona. Viitattu 13.5.2015.

Reisbacka, A. & Rytönen, A. 2014. Ikäihmisten arjen toiminnot ja niiden turvallinen hallinta. TTS:n julkaisuja 419. Viitattu 25.5.2015.

Salomaa, A. 2007. Ideaopas puoliso-omaishoitajien jaksamisen tukemiseen. Vanhusten palvelutaloyhdistys Katiska-projekti 2005–2007. AMK – opinnäytetyö. Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.3.2015.

Sosiaali- ja terveystalvet 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.3.2015. <http://www.stm.fi>

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.7.2015. <https://www.thl.fi>

Tapio, K. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.5.2015.

Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014. Fyysinen toimintakyky. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2015. <https://www.thl.fi>

Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014. Psykkinen toimintakyky. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2015. <https://www.thl.fi>

Toimintakyvyn ulottuvuudet 2014. Sosiaalinen toimintakyky. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.5.2015. <https://www.thl.fi>

Tikkanen, P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 27.4.2015.

Vantaan omaishoidon tuen myöntämisperusteet 2013. Sosiaali- ja terveystalvet 2012. Viitattu 12.3.2015. <http://www.vantaa.fi>

Vantaan vammaispalveluohje 2014. Viitattu 15.5.2015. <http://www.vantaa.fi>

Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.5.2015. <https://www.thl.fi>

Vilkkumaa, I. 2011. Kuntoutujan rooli, onko sellaista? Kuntoutusportti 5.10.2011. Viitattu 1.4.2015. <http://www.kuntoutusportti.fi>

KOTIKONSEPTI



